

L'arthrite psoriasique en l'absence du psoriasis



Son épidémiologie et son expression

Le psoriasis est une maladie cutanée inflammatoire chronique qui touche de 1 % à 3 % de la population de race blanche. Jusqu'à 33 % des patients atteints de psoriasis risquent de souffrir d'une forme inflammatoire d'arthrite. Lorsque l'arthrite inflammatoire se manifeste en présence du psoriasis, on parle d'arthrite (ou de rhumatisme) psoriasique. Il n'existe pas d'épreuves de laboratoires pour en faciliter le diagnostic.

Un corpus important de données épidémiologiques appuient le concept d'arthrite psoriasique comme une entité distincte de l'arthrite rhumatoïde et des trois autres spondylarthropathies séronégatives (spondylarthrite ankylosante, syndrome de Reiter, maladies inflammatoires de l'intestin [MII]). L'arthrite psoriasique se manifeste, en général, vers la troisième ou quatrième décennie de la vie, sans distinction des sexes.

En se fondant sur leurs observations cliniques, Moll et Wright ont décrit cinq types cliniques de l'arthrite psoriasique :

- la polyarthrite symétrique, semblable à la polyarthrite rhumatoïde;
- l'oligoarthrite asymétrique (inflammation de quatre articulations ou moins);
- la spondylarthropathie, semblable à la spondylarthrite ankylosante;
- la forme distale, avec atteinte des articulations interphalangiennes distales;
- l'arthrite mutilante, une forme destructrice d'arthrite caractérisée par des articulations ballantes ou ankylosées.

Bien que ces différentes formes soient reconnaissables dès le début de la maladie, elles évoluent ou se chevauchent avec l'évolution de l'arthrite psoriasique.

Avez-vous un truc?

Partagez avec nos lecteurs vos trucs et conseils. Qui sait? Ce qui vous semble banal sera peut-être fort apprécié d'un collègue. Cent dollars seront versés à l'auteur d'un truc publié dans nos pages (longueur d'au moins 300 mots). Expédiez vos textes par télécopieur au (514) 695-8554 ou à notre adresse postale ou électronique :

Le Clinicien

955, boul. Saint-Jean

Bureau 306

Pointe-Claire (Québec) H9R 5K3

clinicien@sta.ca

La relation entre la peau et les articulations

La plupart des patients qui souffrent d'arthrite psoriasique sont atteints du psoriasis commun (forme classique), bien qu'on ait décrit des cas de psoriasis pustuleux et d'érythrodermie. La relation entre les manifestations cutanées et articulaires de l'arthrite psoriasique n'a pas été élucidée. Dans environ 70 % des cas, le psoriasis précède l'arthrite, mais l'intervalle entre les deux varie beaucoup. Dans 15 % des cas, toutefois, l'arthrite précède le psoriasis et, encore une fois, l'intervalle entre les deux varie beaucoup. Chez un autre 15 % des patients, le psoriasis et l'arthrite inflammatoire sont diagnostiqués en même temps. Dans les deux dernières hypothèses, la présence du psoriasis incitera probablement le médecin à poser un diagnostic d'arthrite psoriasique.

Le défi diagnostique

Lorsque le clinicien envisage un diagnostic d'arthrite psoriasique en l'absence du psoriasis (c'est-à-dire lorsque l'arthrite précède le psoriasis, comme c'est le cas chez 15 % des patients), la difficulté est de taille. En effet, le médecin doit rechercher minutieusement les signes qui distinguent l'arthrite psoriasique de l'arthrite rhumatoïde et de la spondylarthrite ankylosante, les deux formes d'arthrite inflammatoire les plus susceptibles d'imiter l'arthrite psoriasique.

Comment distinguer l'arthrite psoriasique (en l'absence du psoriasis) de l'arthrite rhumatoïde?

L'arthrite rhumatoïde et l'arthrite psoriasique (en l'absence du psoriasis) se manifestent initialement par une polyarthrite inflammatoire symétrique. Parmi les caractéristiques qui aident à distinguer ces deux entités, on note l'atteinte inflammatoire axiale, la distribution articulaire, les symptômes extra-articulaires et les changements radiographiques. La douleur lombaire inflammatoire ou la sacro-iliite sont rares dans l'arthrite rhumatoïde et elles évoquent fortement une spondylarthropathie séronégative comme l'arthrite psoriasique. L'atteinte des articulations interphalangiennes distales, la dactylite (inflammation des doigts ou des orteils) et l'enthésite (inflammation au point d'insertion d'un tendon) évoquent aussi ce diagnostic.

La présence d'antécédents familiaux importants de psoriasis, surtout chez les parents de premier degré, est aussi une raison de soupçonner de l'arthrite psoriasique. En revanche, les symptômes extra-articulaires caractéristiques de l'arthrite rhumatoïde (nodules rhumatoïdes, vasculite, manifestations pulmonaires et rénales) font pencher fortement la balance en faveur d'un diagnostic d'arthrite rhumatoïde.

Quant aux changements observés à la radiographie, soulignons que les patients atteints d'arthrite



psoriasique ne présentent pas une ostéopénie péri-articulaire aussi marquée que dans l'arthrite rhumatoïde. À l'opposé, l'arthrite psoriasique est associée à l'apposition périostée et à l'ostéogénèse. Les signes radiographiques qui facilitent le diagnostic de l'arthrite rhumatoïde sont l'apparition simultanée d'érosions (*pencil-in-cup changes*) et la formation de nouveau tissu osseux dans les articulations voisines. Dans l'arthrite psoriasique, les patients peuvent présenter des érosions dans une articulation et une ankylose totale d'une autre articulation du même membre.

Comment distinguer l'arthrite psoriasique de la spondylarthrite ankylosante?

Lorsque l'arthrite précède le psoriasis dans l'arthrite psoriasique, on observe une inflammation des vertèbres. Il est donc particulièrement difficile de distinguer cliniquement la spondylarthrite ankylosante de l'arthrite psoriasique.

Une arthrite inflammatoire d'apparition tardive évoque un diagnostic d'arthrite psoriasique. En effet, la spondylarthrite ankylosante débute rarement après l'âge de 40 ans, mais l'arthrite psoriasique se manifeste souvent après cet âge. Quant à l'atteinte axiale, nous rappelons que l'atteinte précoce de la colonne cervicale est caractéristique de l'arthrite psoriasique, tandis que dans la spondylarthrite ankylosante, l'inflammation s'étend progressivement des vertèbres lombaires aux vertèbres cervicales. En outre, la sacro-iliite unilatérale est fréquente dans l'arthrite psoriasique, mais la sacro-iliite bilatérale est davantage caractéristique de la spondylarthrite ankylosante. L'atteinte des articula-

tions périphériques, surtout des interphalangiennes distales, évoque l'arthrite psoriasique. Les signes extra-articulaires comme l'iritis, la fibrose pulmonaire apicale et la régurgitation aortique sont moins probables dans l'arthrite psoriasique. Enfin, les syndesmophytes classiques sont observées dans la spondylarthrite ankylosante, alors que dans l'arthrite psoriasique, les syndesmophytes sont d'origine « para-vertébrales » et ont un diamètre plus grand.

En résumé, en l'absence du psoriasis, il est parfois difficile de distinguer l'arthrite psoriasique des autres arthropathies inflammatoires. Toutefois, en présence de plusieurs des signes cliniques et radiographiques décrits ci-dessus le clinicien devrait penser à un diagnostic d'arthrite psoriasique, même en l'absence du psoriasis.

L'ergothérapie en externe

Étude de cas

Suzanne, votre patiente, a une apparence négligée; elle est fatiguée et anxieuse. Elle souffre souvent d'insomnie et lorsqu'elle s'endort enfin, elle se réveille de nouveau vers quatre heures du matin. Ses journées consistent en dormir ou regarder la télévision et ruminer sans cesse de sombres pensées. Elle consomme surtout des aliments vides (*junk food*). Elle est assaillie de problèmes financiers et n'arrive pas à garder un emploi. En revanche, Suzanne est maintenant traitée à l'aide des médicaments appropriés et son état s'est légèrement amélioré; cependant, elle n'arrive pas encore à faire face aux exigences de la vie quotidienne.



Discussion

Pour aider Suzanne à corriger ces déficiences, il faudrait l'adresser à un ergothérapeute exerçant dans le milieu de la santé mentale. En quoi l'ergothérapie peut-elle être bénéfique chez cette patiente? La réponse tient en deux mots : performance pratique (*occupational performance*).

L'ergothérapeute procède à l'évaluation initiale et détermine si la patiente présente des déficits de performance dans les domaines suivants :

- l'organisation de la vie quotidienne
- les compétences professionnelles de base

- la résolution de problèmes
- l'hygiène personnelle
- le budget de base
- l'organisation des repas

L'organisation de la vie quotidienne

La patiente a besoin d'un programme d'activités pratiques pour accroître sa productivité dans la vie quotidienne. Le programme, élaboré par l'ergothérapeute, doit répondre aux besoins particuliers de la patiente et lui donner l'occasion de vivre une expérience positive et utile. L'ergothérapeute doit assurer un suivi attentif et il doit faire des commentaires positifs sur la performance de la cliente.

Les compétences professionnelles de base

La patiente doit acquérir ces compétences de base pour accroître sa productivité au travail et réussir à gagner un revenu. L'ergothérapeute l'aidera à améliorer les points suivants :

- Adopter les comportements appropriés dans les relations sociales.
- Faire preuve d'assiduité dans les activités prévues au programme.
- Savoir lire et compter suffisamment bien pour être fonctionnelle.
- Savoir appliquer des directives en plusieurs étapes.
- Comprendre les indications.
- Apprendre à communiquer par téléphone et à utiliser un ordinateur.

La résolution de problèmes

Pour aider Suzanne à résoudre ses difficultés, il faut

lui enseigner à évaluer les conséquences de ses actes. L'ergothérapeute aide ses patients à faire des choix plus sains. Le recadrage, une méthode qui consiste à replacer les affirmations et les croyances dans une nouvelle perspective, est souvent utilisé à cette fin.

L'hygiène personnelle

Les personnes qui souffrent de troubles mentaux ont souvent de la difficulté à prendre soin d'elles-mêmes. L'hygiène est un aspect important de la vie quotidienne parce qu'elle influe sur les relations avec autrui, aussi bien au travail qu'en société. Si nécessaire, l'ergothérapeute de Suzanne peut faire des commentaires encourageants sur sa façon de s'habiller, sur la propreté du corps, l'hygiène buccale, les soins des cheveux.

Le budget de base

Suzanne recevrait aussi des conseils sur l'organisation de ses finances personnelles. L'ergothérapeute détermine d'abord les difficultés de la patiente et il élabore un programme pour l'aider à acquérir des compétences de base dans l'organisation de son budget (payer les factures, planifier les dépenses, faire des opérations bancaires). L'intervention peut être très ponctuelle ou continue, selon les besoins. En cas de problèmes financiers complexes, un conseiller en crédit peut venir à la rescousse.

L'organisation des repas

Après avoir évalué les aptitudes de Suzanne, l'ergothérapeute peut lui demander de décrire un menu; il pourrait aussi l'observer pendant qu'elle fait l'épicerie et prépare un repas. Au besoin, il peut aider la patiente à corriger les déficits fonctionnels concer-

nant la gestion de l'argent, la lecture et l'écriture, la nutrition de base et les interactions sociales.

En résumé

En élaborant un programme adapté aux besoins individuels et visant des objectifs précis, l'ergothérapeute fonde ses interventions sur des activités qui aident les patients comme Suzanne à atteindre un niveau de fonctionnement normal. *Clin*

Pour obtenir plus d'information, communiquez avec un ergothérapeute en santé mentale de votre région ou visitez le site Web www.otworks.com et cliquez sur « Posez la question à un ergothérapeute », ensuite sur le soleil, et finalement sur « Posez la question à un ergothérapeute : la santé mentale ».