



Évaluation de l'activité du rhumatisme psoriasique

Alain Saraux, Pascal Claudepierre, Laura Pina Vegas, Laure Gossec

► To cite this version:

Alain Saraux, Pascal Claudepierre, Laura Pina Vegas, Laure Gossec. Évaluation de l'activité du rhumatisme psoriasique. *Revue du Rhumatisme monographies*, 2020, 87 (4), pp.281-287. <10.1016/j.monrhu.2020.05.001>. <hal-03491282>

HAL Id: hal-03491282

<https://hal.science/hal-03491282v1>

Submitted on 21 Sep 2022

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



Distributed under a Creative Commons CC BY-NC 4.0 - Attribution - Non-commercial use - International License

Evaluation de l'activité du rhumatisme psoriasique

Measuring psoriatic arthritis activity

Alain Saraux (1), Pascal Claudepierre (2), Laura Pina Vegas (2), Laure Gossec (3)

1. Service de rhumatologie, Centre National de Référence des Maladies Auto-Immunes Rares (CERAINO), CHU Brest, UMR1227, Lymphocytes B et Autoimmunité, INSERM, Université de Brest, Brest, France
2. Service de Rhumatologie, Groupe Hospitalier Henri-Mondor, AP-HP, EA 7379 – EpidermE, Université Paris Est Créteil, Créteil
3. Service de Rhumatologie, Sorbonne Université, INSERM, Institut Pierre Louis d'Epidémiologie et de Santé Publique, Hôpital Pitié-Salpêtrière, AP-HP, Paris

Adresse pour correspondance :

Service de rhumatologie, CHU de la Cavale Blanche, 29609 Brest Cedex

Tel 33 2 98 34 72 67

Fax : 33 2 98 49 36 27

e-mail : alain.saraux@chu-brest.fr

Mots clés: Rhumatisme psoriasique, spondyloarthrite, activité, scores, critères

Key words: Psoriatic arthritis, spondyloarthritis, activity, scores, outcomes

« Déclaration d'intérêts : Les auteurs ne déclarent aucun conflit d'intérêt. »

Résumé : L'activité du rhumatisme psoriasique doit être quantifiée pour permettre une prise de décision thérapeutique. L'évaluation de l'activité repose sur une évaluation des articulations, de la peau, des symptômes du patient et de l'inflammation biologique. Plusieurs outils ont été validés, et nous proposons le DAPSA (Disease Activity in Psoriatic Arthritis) en routine et le MDA (Minimal Disease Activity criteria) pour la recherche. Il est important en pratique de tenir compte également de la consommation éventuelle d'AINS et/ou de corticoïdes, de l'existence et de l'activité des manifestations extra-articulaires et de l'évolution radiographique. L'imagerie échographique et IRM peuvent être utiles lorsque l'évaluation clinique est difficile. Les Patient Reported Outcome (PROs) en dehors de la douleur et de l'appréciation globale permettent d'évaluer le retentissement de la maladie sur le patient.

Summary: Psoriatic arthritis (PsA) disease activity should be quantified to allow therapeutic decision making. The assessment of activity is best based on an evaluation of the joints, skin, patient symptoms and acute phase reactants. Several scores have been validated, and we propose the DAPSA (Disease Activity in Psoriatic Arthritis) for routine assessment and the MDA (Minimal Disease Activity) for research. In practice, it is important to take into account the potential intake of NSAIDs and/or corticosteroids, the existence and activity of extra-articular manifestations and structural changes. Ultrasound and MRI imaging on a case-by-case basis may be useful when clinical evaluation is difficult. Patient Reported Outcome (PROs) outside of pain and global assessment evaluate the impact of the disease on the patient.

Le Rhumatisme Psoriasique (Rpso) est classé dans le groupe des spondyloarthrites car il peut associer une atteinte axiale, des arthrites périphériques, des enthésites, des atteintes psoriasiques, mais aussi, comme toute spondyloarthrite, une uvéite ou des maladies inflammatoires du tube digestif. Mais certaines particularités font qu'il existe des signes propres au RPso avec au premier rang le psoriasis, parfois plus sévère que le rhumatisme, mais aussi l'atteinte des inter-phalangiennes distales, les ankyloses des inter-phalangiennes ou les syndesmophytes en agrafe. Le caractère hétérogène de la pathologie rend complexe l'évaluation de la maladie (1, 2) et les spécificités de ce rhumatisme font que les critères habituellement utilisés pour évaluer l'activité des rhumatismes à dominance axiale (les spondyloarthrites axiales) ou les rhumatismes périphériques (tels que la polyarthrite rhumatoïde) ne sont pas réellement adaptés.

Dans cet article, nous allons vous présenter les évaluations standardisées du RPso, domaine par domaine puis via les scores composites.

1- Evaluation domaine par domaine du RPso

Articulations

Comme la maladie peut être à nette prédominance périphérique voire uniquement périphérique, il est important d'évaluer les arthrites périphériques. Un compte est habituellement fait des articulations douloureuses à la palpation, et gonflées, comme dans la polyarthrite rhumatoïde. Certaines équipes rapportent aussi le nombre d'articulations impliquées (donc soit douloureuses soit gonflées) ou encore le nombre d'articulations déformées. Il est important d'évaluer l'ensemble des articulations. Un score bien connu des rhumatologues pour la polyarthrite rhumatoïde est le Disease Activity Score (DAS) (www.4s-dawn.com/DAS28) qui prend en compte la douleur et le gonflement de 28 ou 44 articulations (3). Mais ce score n'est pas adapté pour le RPso car il ne permet pas de compter les atteintes distales. Or, ceci fait passer à côté de 25% de l'inflammation articulaire environ (4). Il est donc recommandé d'évaluer 68 articulations douloureuses et 66 gonflées (figure 1), ce qui sort des habitudes mais n'est pas très chronophage.

Enthèses

Les enthésites concernent environ 35% des patients ; comme dans la spondyloarthrite axiale les localisations les plus fréquentes sont le tendon d'Achille et l'enthésite plantaire (5). La quantification des enthésites fait référence au nombre d'insertions douloureuses à la palpation ; le score d'enthèses le plus simple est celui de Leeds (6) (figure 1), car il consiste en seulement 6

points : les tendons d'Achille, les condyles fémoraux médians et les épicondyles latéraux de l'humérus. Pour l'évaluation des enthèses, d'autres indices comme le MASES (Maastrich Ankylosing Spondylitis Enthesitis Score) (7) ou le SPARCC (SpondyloArthritis Research Consortium of Canada) (8) peuvent être utilisés, essentiellement dans les études cliniques. En pratique quotidienne, nous vous proposons d'évaluer les enthèses par l'interrogatoire et éventuellement par le Leeds Enthesitis Index (6 enthèses, Figure 1).

Peau

Dans le suivi d'un patient atteint de RPso, il est important d'évaluer l'atteinte cutanée et unguéale : dans les études cliniques c'est le score PASI qui quantifie l'atteinte cutanée mais pour la pratique quotidienne il est tout-à-fait suffisant d'évaluer la surface cutanée atteinte (sachant qu'une paume de main vaut 1% de la surface cutanée). La plupart des patients RPso ont des atteintes cutanées faibles à modérées (<10% de la surface corporelle). Tout patient ayant une atteinte extensive (> 20% de la surface corporelle) ou une atteinte sévère (les dermatologues prennent en compte pour juger de cela, le site atteint, sachant qu'une atteinte socialement handicapante (visage, mains) est toujours potentiellement sévère (9) devront être référés à un dermatologue.

L'atteinte unguéale se quantifie par le nombre d'ongles atteints.

Les dactylites peuvent concerner les doigts ou les orteils et correspondent à une inflammation synoviale et ténosynoviale: les dactylites sont présentes dans jusqu'à 40% des cas (10) ; on peut les suivre simplement par le nombre de dactylites.

Atteinte axiale

1. L'atteinte axiale n'est pas rare et justifie donc un interrogatoire (le BASDAI <https://qxmd.com/calculate/bas dai> peut être utilisé) (figure 2) (11), ou l'ASDAS (<https://www.asas-group.org/clinical-instruments/asdas-calculator>) (figure 3) (12), qui permet d'associer l'inflammation biologique (CRP) aux signes subjectifs.

Inflammation biologique

Il est important de suivre le syndrome inflammatoire biologique (même si celui-ci est inconstant).

2- Scores composites spécifiques

Les scores composites peuvent être particulièrement utiles car ils intègrent différents aspects de la maladie résumés en une valeur numérique unique, ce qui permet une estimation plus précise et complète de l'activité de la maladie que les variables individuelles liées à chaque atteinte.

Les recommandations sont d'utiliser des scores d'activité (13, 14) L'activité globale de la maladie peut utiliser plusieurs indices composites tenant compte à la fois du psoriasis et du rhumatisme. Les indices CPDAI (Composite Psoriatic Disease Activity Index) (15), AMDF (Arithmetic Mean of Desirability Functions) et PASDAS (Psoriatic Arthritis Disease Activity Score) (projet GRACE) (16), DAPSA (Disease Activity in Psoriatic Arthritis) (17) et MDA (Minimal Disease Activity) (18) ont été développés dans cette optique.

En pratique ce sont surtout le DAPSA et le MDA qui sont utilisés et recommandés.

Le DAPSA est un score additif simple comportant cinq domaines (Figure 4) : articulations gonflées et douloureuses, échelles visuelles analogiques (EVA) douleur et globale par le patient, C-reactive-protéine (en mg/dl). Ce score ne comporte pas d'évaluation formalisée des enthèses ni des dactylites, mais les 2 PRO (évaluation globale patient et douleur) reflètent indirectement ces atteintes. Le score n'intègre pas non plus la peau car il s'agit d'un score d'activité du rhumatisme psoriasique et non du psoriasis ; l'atteinte cutanée est analysée à part. Le DAPSA permet de séparer les patients en rémission (moins de 4), de ceux avec faible activité (4-14), activité modérée (14-28) ou forte activité (plus de 28) après le calcul simple de la somme de ses 5 paramètres (Figure 4). Ce score est facile à calculer, même dans la pratique clinique, avec un temps limité. Nous pensons que ce score est une proposition à la fois pertinente et faisable pour évaluer le RPso en pratique.

La MDA, c'est-à-dire un état d'activité minimale de la maladie, comprend des mesures de l'activité dans de multiples domaines pertinents pour le RPso (Figure 5). La MDA se définit par la présence de 5 des 7 critères suivants : moins d'une articulation gonflée ou douloureuse, le PASI ≤ 1 ou la surface corporelle atteinte $\leq 3\%$, l'évaluation globale patient (EVA 0-100 mm) ≤ 20 , la douleur évaluée par le patient (EVA, 0-100 mm) ≤ 1 , le HAQ $\leq 0,5$ et les points enthésitiques douloureux selon le score de Leeds (0-6) ≤ 1 (18).

Le MDA est le plus « stringant », puisqu'il est atteint si 5 des 7 critères sont remplis et que l'on classe le patient en très faible activité (Very Low Disease Activity) lorsque 7/7 sont remplis (figure 4). Ce critère a l'avantage de couvrir les différents aspects du RPso mais il comporte certaines faiblesses. En particulier, le MDA comprend le HAQ mais il a été démontré que le

HAQ augmente au fil du temps, indépendamment de l'activité inflammatoire; et le MDA ne comprend pas le syndrome inflammatoire biologique (contrairement au DAPSA). Sur le plan de la faisabilité, la satisfaction du MDA nécessite la réalisation du HAQ qui n'est pas souvent utilisé en clinique courante, et de plus le score PASI n'est pas maîtrisé par les rhumatologues.

Quant à la réponse thérapeutique, elle peut s'appuyer sur les critères ACR, là encore par analogie avec la polyarthrite rhumatoïde, ou les critères PsARC (Psoriatic Arthritis Response Criteria).

3- Evaluation par le patient

Les avis des patients peuvent être recueillis grâce à des questionnaires (« Patients Reported Outcome » ou PRO) dont certains ont été développés spécifiquement pour le RPso tels que le Psoriatic Arthritis Impact of Disease-12 (PsAID-12) (19) ou le Work Productivity and Activity Impairment Questionnaire: Psoriatic Arthritis (WPAI:PsA) (20).

L'impact en terme de PRO (20, 21) peut aussi être évalué par des auto-questionnaires des spondyloarthrites axiales tels que le BASFI ou le BASDAI, ou au cas par cas par des questionnaires d'évaluation de la fibromyalgie (Fibromyalgia Rapid Screening Tool ou FIRST), des questionnaires de qualité de vie (EQ-5D-3L, SF36, EuroQoL, Dermatology Life Quality Index (DLQI), Health Assessment Questionnaire - Disability Index (HAQ-DI)), des questionnaires évaluant l'anxiété (Hospital Anxiety Depression Scale ou HADS), des échelles visuelles analogiques (EVA) permettant l'appréciation globale de la douleur, de l'activité de la maladie et de l'état de santé global, de la sévérité du psoriasis du cuir chevelu, de la sévérité du psoriasis unguéal, ou enfin l'état acceptable ou non de la maladie selon le patient (Patient Acceptable Symptom State ou PASS).

L'évaluation du patient ayant un RPso, en particulier avant une décision d'intensification ou de changement thérapeutique, doit être globale, c'est-à-dire apprécier également le retentissement de la maladie psoriasique sur la qualité de vie du patient. Cette donnée n'est pas toujours corrélée avec la surface atteinte ni avec les données de l'examen (rougeur, taille des plaques...). En effet, des localisations de faible surface peuvent être parfois d'un retentissement majeur chez un patient donné, en particulier les atteintes génitales, des ongles, des paumes ou plus encore des plantes (marche). Si cette évaluation paraît difficile à obtenir par le rhumatologue, il faut absolument un avis dermatologique pour une évaluation globale optimale.

4- Evaluation de l'aggravation radiographique

La radiographie n'évalue pas l'activité de la maladie mais elle montre, en périphérie, les érosions, les pincements et la périostite, surtout aux mains, poignets et pieds (22). La comparaison à des radiographies antérieures permet d'évaluer la vitesse de progression. Il existe des scores d'évaluation selon le site, essentiellement utilisables en recherche clinique. En périphérie, on évalue les mains et les pieds avec le modified Sharp Score for PsA, le Psoriatic Arthritis Ratingen score (PARS), le Sharp-van der Heijde modified scoring method for PsA ou le Modified Steinbrocker Global Scoring Method. Au niveau sacro-iliaque, comme dans les autres spondyloarthrites, l'évaluation radiographique peut utiliser le score de New York modifié (0 si normal, 1 si flou des berges articulaires, 2 si sclérose péri-articulaire ou pont osseux incomplet ou pseudo-élargissement de l'interligne articulaire, 3 si lésions sous-chondrales ou pont osseux, 4 si ankylose complète). Au niveau rachidien, c'est le mSASSS (modified Stoke Ankylosing Spondylitis Spinal Score) qui est éventuellement utilisé pour juger de l'évolution radiographique. En pratique de routine, les cliniciens notent juste si il y a eu une aggravation et à quel site. Ces évaluations ne sont pas standardisées mais détaillent sur les différents sites explorés s'il y a eu ou non une apparition de pincement, d'érosion, de déformation, d'arthrites mutilantes (au niveau articulaires), d'érosion, de condensation ou d'enthésopathie (aux sacroiliaques, au rachis et aux enthèses périphériques), de périostite (notamment au bout des dernières phalanges). La question de l'imagerie est abordée dans un chapitre spécifique de cette monographie.

5- Evaluation de l'activité en imagerie

Pour l'évaluation de l'activité de la maladie en imagerie, l'échographie est l'outil le plus utile de par sa disponibilité et sa capacité à faire une évaluation à la fois des articulations et des enthèses, en mode B et en mode D (23-25). Chaque item d'évaluation peut être coté selon l'OMERACT (Outcome Mesures in Rheumatoid Arthritis Clinical Trials). Au niveau des enthèses des tendons épicondyliens latéraux, des tendons quadricipitaux et des ligaments patellaires (insertions proximales et distales), des tendons calcanéens et des aponévroses plantaires sont évalués, en mode B, l'épaississement, l'hypoéchogénicité, les calcifications, les enthésophytes et les érosions. En mode Doppler, on note la présence ou l'absence de signaux Doppler en précisant la localisation intra-tendineuse, sur l'enthèse ou au niveau des érosions. Une évaluation des ténosynovites et des dactylites (œdème superficiel visualisé par la présence de zones anéchogènes


dans les tissus sous-cutanés, épaissement des tissus mous, ténosynovite des fléchisseurs, synovites des IPP et IPD, enthésite du fléchisseur profond sur P3, des gaines tendineuses des tendons extenseurs du poignet, des tendons fléchisseurs communs au poignet, des doigts 2 à 5, des gaines synoviales autour des tendons tibiaux postérieurs et fibulaires) peuvent aussi être faites.

L'IRM articulaire périphérique peut aussi mettre en évidence une activité inflammatoire articulaire infra clinique (26) avec des scores calculés à partir des IRM des articulations distales tels que le RAMRIS (Rheumatoid Arthritis Magnetic Resonance Imaging Score) ou le PsAMRIS (Psoriatic Arthritis Magnetic Resonance Imaging Scoring System).

6- Que faire en pratique ?


En pratique (tableau 1), on évalue l'activité de la maladie au niveau axial en utilisant le BASDAI ou l'ASDAS, l'activité de la maladie au niveau périphérique en utilisant le DAPSA en routine et le MDA pour la recherche. Il est important en pratique de rajouter des points supplémentaires et notamment thérapeutiques (présence, et à quelle posologie, ou absence de prise d'AINS et corticoïdes), l'évaluation des manifestations extra articulaires (présentes, et avec quelle activité, ou absentes) et de l'évolution radiographique (surtout au niveau des mains et des pieds, en incluant les interphalangiennes distales). L'imagerie échographique ou IRM est faite au cas par cas lorsque l'évaluation clinique est difficile (notamment en cas de doute clinique sur l'existence de synovite, d'enthésite ou de dactylite). Les PRO peuvent être recueillis là encore selon le contexte, mais ils influencent souvent peu l'interprétation de l'activité de la maladie.

Références

1. Mease PJ. Measures of psoriatic arthritis: Tender and Swollen Joint Assessment, Psoriasis Area and Severity Index (PASI), Nail Psoriasis Severity Index (NAPSI), Modified Nail Psoriasis Severity Index (mNAPSI), Mander/Newcastle Enthesitis Index (MEI), Leeds Enthesitis Index (LEI), Spondyloarthritis Research Consortium of Canada (SPARCC), Maastricht Ankylosing Spondylitis Enthesis Score (MASES), Leeds Dactylitis Index (LDI), Patient Global for Psoriatic Arthritis, Dermatology Life Quality Index (DLQI), Psoriatic Arthritis Quality of Life (PsAQOL), Functional Assessment of Chronic Illness Therapy-Fatigue (FACIT-F), Psoriatic Arthritis Response Criteria (PsARC), Psoriatic Arthritis Joint Activity Index (PsAJAI), Disease Activity in Psoriatic Arthritis (DAPSA), and Composite Psoriatic Disease Activity Index (CPDAI). *Arthritis Care Res (Hoboken)*. 2011 ;63 Suppl 11:S64-85.
2. Coates LC, Helliwell PS. Disease measurement-- enthesitis, skin, nails, spine and dactylitis. *Best Pract Res Clin Rheumatol* 2010;24:659-70
3. Prevoo ML, van 't Hof MA, Kuper HH, et al. Modified disease activity scores that include twenty-eight-joint counts. Development and validation in a prospective longitudinal study of patients with rheumatoid arthritis. *Arthritis Rheum* 1995;38:44- 8.
4. Coates C, FitzGerald O, Gladman DD, et al. Reduced Joint Counts Misclassify Patients With Oligoarticular Psoriatic Arthritis and Miss Significant Numbers of Patients With Active Disease ref Coates LC. *Arthritis Rheum*. 2013;65:1504-9
5. Polachek A, Li S, Chandran V, Gladman D. Clinical enthesitis in a prospective longitudinal psoriatic arthritis cohort: Incidence, prevalence, characteristics and outcome. *Arthritis Care Res (Hoboken)*. 2017 ;69:1685-1691
6. Healy PJ, Helliwell PS. Measuring clinical enthesitis in psoriatic arthritis: assessment of existing measures and development of an instrument specific to psoriatic arthritis. *Arthritis Rheum* 2008;**59**:686–91.
7. Heuft-Dorenbosch L, Spoorenberg A, van Tubergen A, et al. Assessment of enthesitis in ankylosing spondylitis. *Ann Rheum Dis* 2003;62:127-32. 

8. Gladman DD, Cook RJ, Schentag C, et al. The clinical assessment of patients with psoriatic arthritis: Results of a validation study of the SpondyloArthritis Research Consortium of Canada (SPARCC). *J Rheumatol* 2004;31:1126-31.
9. Mrowietz U, Kragballe K, Reich K, et al. Definition of treatment goals for moderate to severe psoriasis: a European consensus. *Arch Dermatol Res* 2011;303:1-10
10. Brockbank JE, Stein M, Schentag CT, Gladman DD. Dactylitis in psoriatic arthritis: a marker for disease severity? *Ann Rheum Dis* 2005;64:188-90
11. Garrett S, Jenkinson T, Kennedy LG, et al. A new approach to defining disease status in ankylosing spondylitis: the Bath Ankylosing Spondylitis Disease Activity Index.. *J Rheumatol* 1994;21:2286-91.
12. Lukas C, Sieper J, Dougados M, et al. Development of an ASAS-endorsed disease activity score (ASDAS) in patients with ankylosing spondylitis. *Ann Rheum Dis* 2009;68:18- 24
13. Gossec L, Smolen JS, Ramiro S, et al. European League Against Rheumatism (EULAR) recommendations for the management of psoriatic arthritis with pharmacological therapies: 2015 update. *Ann Rheum Dis*. 2016;75:499-510.
14. Coates LC, Kavanaugh A, Mease PJ et al. Group for Research and Assessment of Psoriasis and Psoriatic Arthritis: Treatment Recommendations for Psoriatic Arthritis 2015. *Arthritis Rheumatol* 2016;68:1060–71. [SEP]
15. Mumtaz A, Gallagher P, Kirby B, et al. Development of a preliminary composite disease activity index in psoriatic arthritis. *Ann Rheum Dis* 2011;70:272–7. [SEP]
16. Helliwell PS, FitzGerald O, Fransen J, et al. The development of candidate composite disease activity and responder indices for psoriatic arthritis (GRACE project). *Annals of the Rheumatic Diseases* 2013;72:986-991.
17. Schoels M, Aletaha D, Funovits J, et al. Application of the DAREA/DAPSA score for assessment of disease activity in psoriatic arthritis. *Ann Rheum Dis* 2010;69:1441–7. [SEP]
18. Coates LC, Helliwell PS. Validation of minimal disease activity criteria for psoriatic arthritis using interventional trial data. *Arthritis Care Res (Hoboken)* 2010;62:965–9. [SEP]
19. Gossec L, de Wit M, Kiltz U, et al. A patient-derived and patient-reported outcome measure for assessing psoriatic arthritis: elaboration and preliminary validation of the Psoriatic


Arthritis Impact of Disease (PsAID) questionnaire, a 13-country EULAR initiative. *Annals of the Rheumatic Diseases* 2014;73:1012-1019.

20. Reilly MC, Zbrozek AS, Dukes EM. The validity and reproducibility of a work productivity and activity impairment instrument. *Pharmacoeconomics* 1993;4:353–65. 

21. Gossec L, Dougados M, Dixon W. Patient-reported outcomes as endpoints in clinical trials in rheumatoid arthritis. Review. *RMD Open* 2015;1:e000019

22. Wassenberg S. Radiographic scoring methods in psoriatic arthritis. *Clin Exp Rheumatol* 2015; 33 Suppl. 93: S55-S59

23. Husic R, Gretler J, Felber A, et al. Disparity between ultrasound and clinical findings in psoriatic arthritis. *Ann Rheum Dis* 2014;73:1529-36.

24. Michelsen B, Diamantopoulos AP, Hammer HB, et al. Ultrasonographic evaluation in psoriatic arthritis is of major importance in evaluating disease activity. *Ann Rheum Dis* 2016;75:2108-2113. 

25. Faustini F, Simon D, Oliveira I, et al. Subclinical joint inflammation in patients with psoriasis without concomitant psoriatic arthritis: a cross-sectional and longitudinal analysis. *Ann Rheum Dis* 2016;75:2068-2074.

26. Woodworth TG, Morgacheva O, Pimienta O, et al. Examining the validity of the rheumatoid arthritis magnetic resonance imaging score (RAMRIS) according to the OMERACT filter-a systematic literature review. *Rheumatology* 2017; 56, 1177-1188

Figure 1. Evaluation des articulations (sur 66/68 articulations) et des enthèses (Leeds enthesitis index) (1) chez un patient atteint de rhumatisme psoriasique

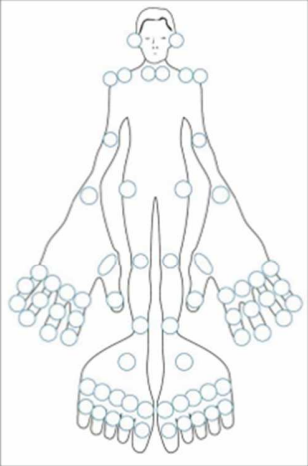
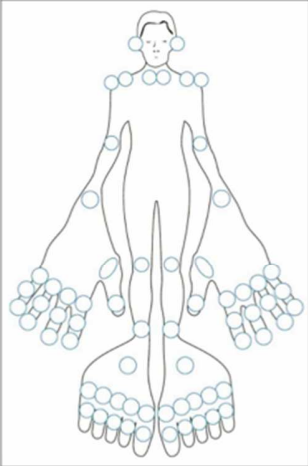
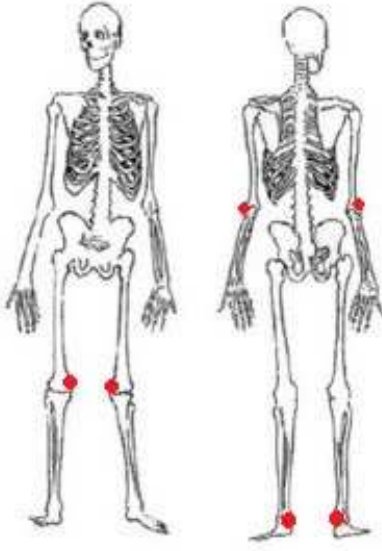
Tender Joints	Swollen Joints	
<div data-bbox="220 465 529 929"></div> <div data-bbox="252 936 497 963">1. Tender Joints Count (0-68), TJ:</div> <div data-bbox="344 969 421 1012"><div></div><div></div></div>	<div data-bbox="571 465 880 929"></div> <div data-bbox="606 936 852 963">2. Swollen Joints Count (0-66), SJ:</div> <div data-bbox="699 969 775 1012"><div></div><div></div></div>	<div data-bbox="989 470 1372 1019"></div>

Figure 2 : BASDAI (Bath Ankylosing Spondylitis Disease Activity Index)

▪ **Questions :** Marquez d'une croix la réponse à chacune des questions en vous référant aux dernières 48 heures

1. Où situeriez-vous votre degré global de fatigue ?

Absent

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

 Extrême

2. Où situeriez-vous votre degré global de douleur au niveau du cou, du dos et des hanches dans le cadre de votre spondylarthrite ankylosante ?

Absent

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

 Extrême

3. Où situeriez-vous votre degré global de douleur/gonflement articulaire en dehors du cou, du dos et des hanches ?

Absent

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

 Extrême

4. Où situeriez-vous votre degré global de gêne pour les zones sensibles au toucher ou la pression ?

Absent

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

 Extrême

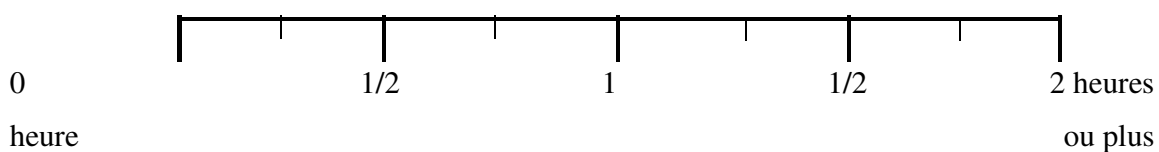
5. Où situeriez-vous votre degré global de raideur matinale depuis votre réveil ?

Absent

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

 Extrême

6. Quelle est la durée de votre raideur matinale à partir de votre réveil ?



▪ **Mode de calcul :**

- En premier lieu, calculer la moyenne aux réponses 5 et 6.
- Puis calculer la moyenne sur 20 des 5 valeurs (la valeur moyenne des réponses 5 et 6 et la valeur des réponses aux 4 premières questions).
- Le score va donc de 0 à 100.

Figure 3: Calcul de l'ASDAS (fait au moyen d'une calculatrice dédiée)

$$\text{ASDAS} = 0.121 \times \text{Douleur rachidien.} + 0.058 \times \text{Durée de la raideur matinale} + 0.110 \times \text{Eval. Globale patient} + 0.073 \times \text{Douleur /épanch. périph.} + 0.579 \times \text{Ln (CRP+1)}$$

Douleur rachidienne, PGA, durée de raideur matinale, et douleur/épanchement périphériques sont tous évalués sur une échelle visuelle analogique (0–10 cm) ou sur une échelle numérique (0–10)

Douleur rachidienne : BASDAI Question 2

Durée de raideur matinale : BASDAI Question 6

Douleur/épanch. périph. : BASDAI Question 3

Ln(CRP+1): logarithme naturel CRP (mg/l)+1

AS-DAS <1.3 = rémission

1.3 ≤ AS-DAS ≤ 2.1 = faible

2.1 < AS-DAS ≤ 3.5 = modérée

AS-DAS >3.5 = forte

BASDAI = Bath Ankylosing Spondylitis Disease Activity Index
CRP = C-reactive protein

PGA = Patient's Global Assessment of disease activity

Figure 4 : Le Disease Activity in Psoriatic Arthritis ou DAPSA utilise 5 paramètres dont on fait la somme simple pour obtenir le score :

1. NAD (sur 68)
2. NAG (sur 66)
3. EVA douleur (sur 10)
4. EVA globale patient (sur 10)
5. CRP (en mg/dl donc une CRP à 10 mg/l est comptée comme 1)

NAD : Nombre d'articulations douloureuses

NAG : Nombre d'articulations gonflées

EVA : Echelle visuelle analogique

CRP : C-reactive protein

Figure 5 : Le Minimal Disease Activity ou MDA utilisent 7 critères dont 5 doivent être remplis pour que la MDA soit atteinte :

1. $NAD \leq 1$ (68)
2. $NAG \leq 1$ (66)
3. Enthèse douloureuse à la palpation ≤ 1 (13)
4. EVA douleur $\leq 15/100$
5. $PGA \leq 20/100$
6. $HAQ \leq 0,5$
7. $PASI \leq 1$ ou $BSA \leq 3\%$

NAD : Nombre d'articulations douloureuses

NAG : Nombre d'articulations gonflées

EVA : Échelle visuelle analogique

PGA : Patient's Global Assessment of disease activity

CRP : C-reactive protein

HAQ : Health Assessment Questionnaire

PASI : Psoriasis Area and Severity Index

BSA : Body Surface Area

Tableau 1. Proposition de « kit » d'évaluation clinique du RPso

Item	Critère d'évaluation	Temps nécessaire (estimation)*	Exemple de rapport dans le compte-rendu de consultation
Atteinte articulaire	Indice articulaire et indice synovial sur 66/68 articulations	Examen clinique : 2 minutes	IA=IS=2
Atteinte des enthèses	Indice d'enthèses de Leeds	Examen clinique : une minute	IE=0
Dactylites	Nombre de dactylites	Examen clinique : une minute	ID=0
Psoriasis cutané et unguéal	Surface corporelle atteinte (que l'on peut rapporter simplement en <5%, 5-20%, >20%) Nombre d'ongles atteints	Examen clinique : une minute	Psoriasis <5% 1 ongle atteint
Evaluation globale de l'activité de la maladie par le patient	Quel chiffre correspond le mieux à l'activité de votre rhumatisme psoriasique au cours des 8 derniers jours : de aucune, maladie en rémission à extrême, maladie en pleine poussée inflammatoire	Interrogatoire : une minute	EN globale d'activité = 3/10
Evaluation de la douleur	Quel chiffre correspond le mieux à la douleur causée par votre rhumatisme psoriasique au cours des 8 derniers jours : de aucune à extrême Question incluse dans le PsAID ci-dessous	Interrogatoire : une minute	EN douleur= 4/10
Score composite	DAPSA : somme des articulations gonflées et douloureuses, de l'évaluation globale du patient, de	Calcul par le médecin : 1 minute	DAPSA = 6

	la douleur et de la protéine C réactive		
--	---	--	--

*Cette estimation ne prend pas en compte le temps de déshabillage du patient.