



## **Le rhumatisme psoriasique : diagnostic, critères et frontières**

Magda Choueiri, Laura Pina Vegas, Pascal Claudepierre

### **► To cite this version:**

Magda Choueiri, Laura Pina Vegas, Pascal Claudepierre. Le rhumatisme psoriasique : diagnostic, critères et frontières. *Revue du Rhumatisme monographies*, 2020, 87, pp.254 - 260. <10.1016/j.monrhu.2020.05.006>. <hal-03492306>

**HAL Id: hal-03492306**

**<https://hal.science/hal-03492306v1>**

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

## **Le rhumatisme psoriasique : diagnostic, critères et frontières**

### *Psoriatic Arthritis : Diagnosis, classification criteria and boundaries*

Magda Choueiri <sup>1</sup>, Laura Pina Vegas <sup>1,2</sup>, Pascal Claudepierre<sup>1,2</sup>

<sup>1</sup> Service de Rhumatologie, Hôpital Henri Mondor, AP-HP, Université Paris XII, UPEC, 94010 Créteil, France

<sup>2</sup> EA 7379 EpiDermE, Université Paris-Est Créteil, 94010 Créteil, France

Auteur correspondant :

Pascal Claudepierre

Service de Rhumatologie, Hôpital Henri Mondor, AP-HP, Université Paris XII, UPEC, 94010 Créteil, France  
[pascal.claudepierre@aphp.fr](mailto:pascal.claudepierre@aphp.fr)

## **Résumé**

Le Rhumatisme Psoriasique (RPso) est un rhumatisme inflammatoire chronique appartenant à la famille des spondyloarthrites avec laquelle il partage de nombreuses caractéristiques cliniques et radiographiques. Cependant, il présente également des spécificités qui le distinguent des autres spondyloarthrites et qui ont permis la reconnaissance de son existence en tant qu'entité, la mise en place des premiers critères diagnostiques, ceux de Moll et Wright, puis l'élaboration d'une multitude de critères de classification, ayant une sensibilité et une spécificité variables, dont l'évolution, nourrie des avancées médicales, a finalement abouti aux critères CASPAR. Toutefois, le RPso reste une maladie complexe aux manifestations variées et hétérogènes, et sa distinction avec d'autres pathologies rhumatismales peut s'avérer ardue, notamment dans le cas de la polyarthrite rhumatoïde, qui a longtemps englobé le RPso, et qui peut encore dans certaines situations donner lieu à une confusion voire à des erreurs diagnostiques. Cela peut aussi concerner d'autres arthropathies, comme certaines arthroses digitales érosives évoluées, pouvant mimer une atteinte psoriasique, et où l'éternelle question reste de savoir s'il s'agit d'un authentique RPso ou bien d'une arthrose érosive avec association accidentelle au psoriasis. L'importance des critères de classification diagnostique du RPso ne peut donc pas être ignorée, et l'intérêt de les perfectionner, en améliorant leurs sensibilité et spécificité, semble capital.

**Mots-clés :** Rhumatisme psoriasique, classification, diagnostic, critères

## **Abstract**

Psoriatic arthritis (PsA) is a chronic inflammatory disease that shares many features with the spondyloarthritides and is nowadays considered as a subtype of this group. However, PsA has specific characteristics which led to its recognition as an individual disease and fueled the creation of several sets of classification criteria aiming to diagnose PsA. The first diagnostic approach was made by Moll and Wright and, until recently, was widely used in trials and in scientific articles. Following this rather innovative step, many researchers tried to improve the classification criterion for PsA, helped by the huge progress achieved in numerous medical fields. The latest of these attempts was the one that produced the CASPAR criterion, currently the most extensively used.

However, despite these efforts to clarify PsA, some points remain hazy and may even be controversial. In fact, PsA is a heterogenous and complex disease, known to present with various clinical manifestations, and it shares common features with many other musculoskeletal conditions, including rheumatoid arthritis and erosive hand osteoarthritis. Indeed, distinguishing PsA from these diseases could be tricky and some gaps still need to be filled in order to reach a consensus on the diagnosis of PsA.

**Keywords :** Psoriatic arthritis, diagnosis, classification, criteria

## **Introduction**

Le rhumatisme psoriasique (RPso) est une pathologie hétérogène et complexe, dont les manifestations cliniques articulaires ou extra-articulaires peuvent être extrêmement variées, rendant son diagnostic parfois difficile. L'absence de biomarqueurs spécifiques, la paucité et l'inconstance des anomalies biologiques compliquent davantage ce diagnostic, et ce surtout dans les cas « borderline » ou atypiques.

Aujourd'hui reconnu comme une entité de la famille des spondyloarthrites, ce rhumatisme inflammatoire a longtemps été confondu avec la polyarthrite rhumatoïde (PR), notamment dans les formes polyarthritiques et symétriques [1] ; le psoriasis cutané était ainsi relégué au rang d'atteinte concomitante coïncidente ou de simple comorbidité sans relation avec l'atteinte articulaire.

## **Histoire diagnostique**

Si les plus anciennes descriptions du psoriasis cutané remontent à l'Antiquité, la première évocation écrite d'une possible atteinte articulaire directement associée aux lésions dermatologiques date du XIX<sup>ème</sup> siècle (Alibert, 1818) [1]. Le terme de « psoriasis arthritique » a ensuite été introduit par Bazin en 1860 [1], mais il faudra attendre encore un siècle pour que Wright reprenne cette appellation et que ce concept commence à se préciser. Les travaux de Wright ont ainsi abouti en 1964 à la reconnaissance du RPso par l'American Rheumatism Association comme une pathologie distincte des autres rhumatismes inflammatoires chroniques (RIC), et, en particulier, de la PR dont il est enfin dissocié [1]. Chez plusieurs patients souffrant de psoriasis cutané, Wright signale une atteinte typique des interphalangiennes distales (IPD) des doigts avec érosions osseuses, résorption des houpes phalangiennes (acro-ostéolyse) ou ankylose; il note aussi des atteintes des petites articulations des pieds et la coexistence fréquente d'une sacro-iliite et de spondylites [2-4]. Un profil rhumatismal particulier semble donc apparaître en cas de psoriasis, justifiant pleinement le concept d'arthrite ou de rhumatisme psoriasique. Naturellement, ce constat permet l'émergence des premiers critères de classification [2-5] de ce « nouveau » rhumatisme.

La tentative de mieux cerner le RPso qu'effectua Wright en 1959, puis en collaboration avec Moll, en 1973, n'était pas la première puisque des propositions de classification avaient déjà été émises auparavant (notamment par Bauer, Bennett et Zeller en 1941 puis par Sherman en 1952 [1]). Cependant, la catégorisation du RPso et sa subdivision en sous-groupes par Wright et Moll s'est rapidement imposée comme classification de référence et a largement été adoptée dans les travaux de recherche [1,6]. Elle n'a cependant pas fait l'unanimité, ouvrant la voie à plusieurs classifications établies au cours des trois décennies suivantes, et issues des travaux de plus en plus nombreux dans le domaine.

L'essor qu'a connu la médecine au cours de la deuxième moitié du XX<sup>e</sup> siècle a permis d'améliorer les performances de ces critères, grâce notamment à la mise en place de nouveaux éléments diagnostiques en matière d'imagerie et d'immunogénétique. Ainsi par exemple, la découverte du facteur rhumatoïde (FR) a permis de mieux caractériser la PR, facilitant son diagnostic et sa distinction au sein des RIC, et contribuant indirectement à une meilleure approche du RPso. En effet, cet autoanticorps était retrouvé dans près de 80 % des PR contre seulement 15 % des RPso [7,8] et pendant de nombreuses années, la présence d'un FR est devenue un critère d'exclusion du RPso. En conséquence, Wright et Moll introduisent le concept de « spondylarthropathies séronégatives » [5,9] réunissant la spondylarthrite ankylosante (SA), le RPso, le syndrome de Reiter (i.e. arthrite réactionnelle), les arthropathies associées aux entéropathies et les maladies de Behçet et de Whipple [1,5,9].

Les développements en matière de génétique ont également apporté leur contribution à l'approche diagnostique de ces pathologies, avec la mise au point des techniques de décryptage et de typage du système HLA. L'apport du HLA B27 a été considérable dans le domaine des spondyloarthrites en général, même s'il faut noter que sa recherche est moins intéressante dans le RPso où sa prévalence ne dépasse pas 50 % [10,11].

Les critères de classification des spondyloarthrites ont ainsi connu une évolution importante, affectant inévitablement ceux du RPso. Initialement, seule la SA bénéficiait de critères de classification, les critères de New-York, publiés en 1966 [1,12] puis modifiés en 1984. Ce n'est qu'en 1990 qu'une nouvelle approche des spondyloarthrites est proposée par Thomson et

Inman, qui regroupe toutes les formes « non-SA » dans un même syndrome, nommé BASE, acronyme désignant l'antigène HLAB27, les Arthrites, la Sacro-iliite et l'inflammation Extra-articulaire [1].

La même année, les critères d'Amor changent définitivement la donne et élargissent le spectre des spondyloarthrites en intégrant des éléments cliniques et pathogéniques inexistants dans les classifications antérieures [13]. Les critères radiographiques se limitent toutefois à la sacro-iliite, et les atteintes structurales périphériques n'y figurent pas. Cette nouvelle approche des spondyloarthrites se répercute inéluctablement sur le RPso, dont l'appartenance à cette grande famille commence à être communément admise, mais dont la spécificité au sein de ce groupe tend parfois à se perdre.

Plusieurs modifications sont apportées aux critères de Moll et Wright dans les années 90 [6,14-16]. Il persiste pourtant au sein de la communauté médicale la question de savoir si le RPso existe en tant que tel ou s'il est simplement une forme de spondyloarthrite. On continue aujourd'hui de débattre sur le sujet et certains préfèrent l'appellation de spondyloarthrite associée au psoriasis, plutôt que RPso [17]. Si de telles préoccupations de nomenclature peuvent sembler fastidieuses, elles reflètent la persistance d'une certaine incertitude quant à la nature de ce rhumatisme, justifiant la multiplicité des approches et des critères de classification. Notons que le choix d'une appellation peut parfois avoir des conséquences bien plus importantes dans la prise en charge du patient, puisque certaines molécules innovantes et coûteuses n'ont l'AMM et/ou ne sont remboursées que dans l'une ou l'autre des pathologies (spondyloarthrite/RPso).

En parallèle, il apparaît que la limite entre RPso et PR est bien moins nette qu'on aurait pu le croire, notamment dans les formes de polyarthrites périphériques symétriques. En réalité, la séronégativité imposée par les critères de Moll et Wright peut être source d'erreur puisqu'il s'est avéré que jusqu'à 15 % des RPso s'accompagnent de FR [7]. Plus tard, les sous-classes IgM du FR et la découverte des anticorps anti-peptides citrullinés (anti-CCP) n'ont pas suffi à combler cette faille : malgré leur spécificité supérieure, leur sensibilité est quasi similaire à celle du FR ( $\approx 55\%$ ) [10,18] et la prévalence des anti-CCP dans le RPso pourrait atteindre 5 à 15 % [6].

D'autre part, le psoriasis étant une pathologie fréquente touchant jusqu'à 3 % de la population caucasienne [10], la PR et le psoriasis peuvent évidemment coexister, quel que soit le statut immunogénétique [6,10].

La situation peut encore se complexifier dans les cas où le psoriasis n'est pas évident, voire absent, au moment de la consultation : le patient peut avoir eu un épisode unique, parfois ancien, et n'avoir aucune lésion cutanée lors la consultation ; il peut aussi avoir une atteinte discrète ou de localisation difficilement accessible ; les lésions peuvent enfin être de topographie et/ou de présentation atypiques. Enfin, et c'est une notion importante dont la compréhension a constitué un tournant dans la classification et le diagnostic du RPso, le patient peut être indemne de toute lésion de psoriasis sans pour autant que cela constitue un critère d'exclusion. En effet, la présence de psoriasis chez un parent au premier degré suffit pour que ce critère soit considéré rempli. De plus, si le psoriasis précède le plus souvent l'apparition d'une éventuelle arthropathie (dans 66 [10] à 84 % [19]), les manifestations articulaires peuvent également précéder le psoriasis, parfois de plusieurs années (14 % des cas [10]).

On peut ainsi aisément concevoir que l'errance diagnostique soit beaucoup plus prononcée lorsque la clinique est « borderline » comme c'est le cas pour les patients présentant un tableau de polyarthrite périphérique symétrique érosive sans auto-anticorps ni psoriasis évident. En revanche, on n'hésitera pas à retenir le diagnostic devant une Onycho-Pachydermo-Périostite Psoriasique du Gros Orteil (OP3GO), entité radio-clinique pathognomonique du diagnostic du RPso, ou encore devant d'authentiques dactylites chez un patient ayant des lésions psoriasiques typiques.

Conjointement aux approches cliniques, des descriptions radiologiques du RPso se mettent en place aux alentours des années 1960. Quelque temps après les premières observations de Wright, Baker décrit l'aspect radiologique typique du RPso, caractérisé par la survenue concomitante d'une ostéolyse et de constructions osseuses ou d'une ankylose [20]. Avila, en 1960, insiste sur la néo-ostéogenèse juxta-articulaire, les appositions périostées et les lésions d'ostéolyse concomitantes au niveau des phalanges [21]. Ainsi, l'ensemble de ces observations semblent appuyer l'hypothèse d'unicité du RPso au sein de la grande famille des

spondyloarthrites [2]. La reconnaissance de ces atteintes structurales a facilité à son tour le diagnostic de RPso bien qu'elle n'intervienne que peu dans son diagnostic précoce, véritable enjeu aujourd'hui. Par la suite, l'apparition de l'IRM et l'application de l'échographie aux pathologies musculosquelettiques ont ouvert de nouvelles perspectives, permettant entre autres la mise en évidence précoce de lésions inflammatoires et d'atteintes structurales débutantes pré-radiographiques. En plus de pouvoir déceler d'éventuels signes synoviaux, parfois infracliniques, elles ont aussi facilité la détection et la diffusion de concepts comme celui d'enthésite, dont l'importance dans les spondyloarthrites n'est plus à démontrer aujourd'hui.

### **Critères et classifications diagnostiques :**

#### *Classification de Moll et Wright*

Partant du principe que le RPso est une entité individualisable, Moll et Wright reconnaissent 3 critères diagnostiques le définissant : la présence simultanée d'un psoriasis et d'une atteinte articulaire (périphérique ou axiale), et l'absence usuelle de FR [2] (*Figure 1*). On notera la nuance apportée par le qualificatif « usuel » qui laisse sous-entendre que l'absence de FR est habituelle mais non obligatoire. Ces critères ne donnent cependant que peu de précisions quant à la nature de l'atteinte articulaire à l'exception de son caractère inflammatoire, avec pour conséquence l'exclusion théorique des arthroses digitales. Ces « premiers » critères semblent en fait incomplets, misant sur une sensibilité accrue au détriment de la spécificité, ce qui aurait été ultérieurement admis par les auteurs [22] ayant reconnu avoir eu recours à des éléments sémiologiques complémentaires pour classer leurs patients, notamment l'asymétrie des atteintes. Quoi qu'il en soit, les critères tels quels – et c'est certainement une de leurs principales limites – ne permettent pas de distinguer clairement les RPso des PR sans auto-anticorps mais avec psoriasis coexistant [6,10] ni de détecter les RPso en l'absence d'antécédent personnel de psoriasis ou de lésions évocatrices évidentes [6].

Ces travaux permettront toutefois de dégager cinq sous-types de RPso : l'atteinte prédominant au niveau des IPD ; l'arthrite mutilante due à l'ostéolyse (touchant essentiellement les doigts) ; la polyarthrite bilatérale et symétrique PR-like ; l'oligoarthrite périphérique asymétrique ; et la

forme où les manifestations axiales sont prépondérantes [1,11]. D'après une revue récente de la littérature, le sous-type le plus fréquent serait l'oligoarthrite asymétrique, intéressant près de 70 % des patients, suivi de la polyarthrite (15 % des cas), alors que les 3 autres sous-types ne représenteraient que 5 % chacun [11].

Cette classification, bien qu'ayant suscité plusieurs controverses, sera reconnue par de nombreux auteurs qui proposeront toutefois quelques modifications. Il n'en reste pas moins vrai qu'elle sera adoptée dans une multitude d'essais cliniques pendant les décennies suivantes et ce n'est qu'à l'avènement des critères CASPAR que cet état des lieux changera.

Une des modifications de ces critères sera apportée par Gladman et al en 1987 qui considèrent que l'arthrite mutilante constitue une forme sévère d'arthrite périphérique et ne devrait pas être envisagée comme un sous-type distinct. Parallèlement, ils différencient les formes axiales pures de celles où l'atteinte est à la fois axiale et périphérique et réduisent l'importance attribuée à l'absence de FR [10,11,14]. Une autre proposition, celle de Torre-Alonso et al, incorpore les modifications précédentes et va plus loin en retirant l'atteinte prédominante des IPD de la liste des sous-types. En effet ils considèrent que cette atteinte, bien que quasi-pathognomonique du RPso, peut survenir dans l'une ou l'autre des présentations de la maladie et non de façon isolée [16]. Ils introduisent aussi une notion importante : le potentiel destructeur et handicapant du RPso, jusqu'alors considéré comme peu agressif. Ainsi, en étudiant 180 patients atteints de RPso, les auteurs observent 57 % d'arthrites érosives et de 19 % d'invalidité [16]. Ils évoquent aussi la relation avec le HLA-B27, qu'ils associent à la sacro-iliite, puisqu'ils retrouvent cet antigène dans 85 % des RPso avec sacro-iliite bilatérale contre seulement 22 % des atteintes unilatérales [16].

La même année, en 1991, Helliwell et al renoncent à employer la distribution des arthrites périphériques comme critère de subdivision des RPso [15] et introduisent un nouveau sous-type regroupant les atteintes extra-articulaires, jusqu'alors absentes des principaux systèmes de classification [15]. Contredisant cette tentative de simplification, Veale et al optent pour un retour aux principes de base énoncés par Moll et Wright, préférant fractionner le groupe des arthrites périphériques en oligoarthrite asymétrique et polyarthrite ; le sous-type axial est alors

maintenu, englobant tous les RPso où les manifestations « SA-like » sont au premier plan [11,23].

#### *Critères de Bennett*

Jugeant les critères de Moll et Wright trop vagues pour éviter le surdiagnostic, Bennett propose une approche plus rigoureuse, bien que plus complexe [24]. La nouveauté de ces critères réside dans la règle diagnostique qu'ils contiennent. En effet, ils comportent deux critères obligatoires : la présence de psoriasis cutané ou unguéal et d'arthrites périphériques chroniques (évoluant depuis au moins 6 semaines). S'y associent 10 critères supplémentaires qui affecteront le degré de certitude du diagnostic. Selon Bennett, l'existence de 6 des 10 critères garantirait un RPso certain, celle de 4 le rendrait probable et celle de 2 seulement possible [24] (*Figure 2*). Sur le plan clinique, on notera l'apparition de la dactylite comme critère de RPso, ainsi que l'absence de nodules sous-cutanés, qui se posent donc en potentiels critères d'exclusion. Cette classification a l'avantage de comporter des éléments à la fois cliniques, radiographiques, biologiques et anatomo-pathologiques. Ainsi, l'analyse du liquide articulaire et l'histologie de la membrane synoviale ont aussi leur place dans cette liste bien que les éléments essentiels au diagnostic restent purement cliniques. On notera que ces critères ont été élaborés de façon purement théorique [6,11,24] et qu'ils restent difficilement applicables en pratique clinique [25].

#### *Critères de Vasey et Espinoza*

Il s'agit d'une version simplifiée des critères de Bennett, avec 3 grands critères dont le premier –l'atteinte psoriasique cutanée ou unguéale – tient lieu de condition obligatoire. Les atteintes périphériques (II) et axiale (III) sont séparées et le diagnostic de RPso requiert l'un ou l'autre de ces critères [6] (*Figure 3*). On notera la description détaillée des lésions radiographiques périphériques avec notamment la notion de « périostite floue » et l'aspect de « plume dans

l'encrier » [26]. Comme ceux de Bennett, ces critères n'ont pas été validés sur une cohorte de patients ni employés dans des études ultérieures [25].

### *Classification de l'ESSG*

Bien que les travaux de l'European Spondyloarthropathy Study Group (ESSG) ne soient pas spécifiquement centrés sur le RPso mais plutôt sur la classification des spondyloarthrites en général, une variante dédiée au RPso en est issue (*Figure 4*). Là aussi on retrouve 3 grands critères, l'élément essentiel du psoriasis et les 2 critères des atteintes axiale (rachialgie inflammatoire) et périphérique (synovites) [6]. La grande innovation de ce système de classification, est d'avoir introduit la notion de psoriasis familial qui reçoit le même poids que l'atteinte personnelle. Pour la première fois il devient possible de diagnostiquer un RPso malgré l'absence de psoriasis chez le patient lui-même [10].

### *Critères de McGonagle*

Ces critères mettent l'accent sur le concept novateur d'enthésite [27], entité qui, lorsqu'elle est inflammatoire, est quasi-spécifique des spondyloarthrites. Une première version de cette classification avait mis en avant les signes IRM d'enthésite, la rendant peu abordable en pratique courante [6]. La version modifiée remplace l'IRM par la radiographie conventionnelle, devenant automatiquement plus accessible, bien que l'existence de signes radiologiques suggère un stade plus avancé, ce qui limite la sensibilité de cette approche, en particulier pour les formes précoces [25]. Un autre élément important est l'élaboration d'un critère regroupant les formes d'arthropathies « inhabituelles », telles que le SAPHO (association de Synovite, Acné, Pustulose, Hyperostose et Ostéite), l'Ostéomyélite Multifocale Chronique Récurrente (CRMO), l'OP3GO, la spondylodiscite inflammatoire (i.e. d'Andersson) et l'arthrite mutilante, ce qui élargit la portée diagnostique de ces critères (*Figure 5*).

### *Critères de Fournié*

Il s'agit des seuls critères sus-cités dont l'élaboration et la validation aient fait appel à des cohortes de patients, contrastant avec les approches antérieures purement théoriques [28]. L'équipe de Fournié a en effet analysé 260 dossiers médicaux (100 RPso, 160 témoins dont 80 SA et 80 PR) et sélectionné 9 critères qui ont été pondérés selon leur pertinence dans la procédure diagnostique du RPso, aboutissant à un score de 11 points qui signe le diagnostic de RPso (*Figure 6*) avec une sensibilité de 95 % et une spécificité de 98 % [28]. Les critères les plus cotés sont la présence d'un psoriasis personnel (6 points) et – et c'est l'une des critiques majeures qu'ont reçu ces critères – la présence des antigènes HLA-B16 ou B17 (6 points) [6]. On retrouve ensuite les lésions « radiologiques des doigts ou des orteils » (5 points), qui aboutiront d'ailleurs à la mise en place d'un système spécifique de critères radiologiques : le CRDO. Néanmoins, il faut s'interroger sur la pertinence des critères de Fournié dans certaines situations, en particulier lorsque la présence du HLA-B16/B17 chez un patient ayant un diagnostic de psoriasis suffirait à poser le diagnostic de RPso, même en l'absence d'arthropathie ou lorsqu'un antécédent de psoriasis familial, l'absence de FR et la présence du HLAB16/17 précipiteraient un autre patient dans un diagnostic de RPso même en l'absence de toute atteinte cutanée ou articulaire [10].

### *Comparaison des performances des critères de classification et élaboration des critères CASPAR*

Une comparaison de ces différents critères, entreprise en 2004 sous la direction de Taylor et Helliwell, a conclu à une relative similarité, en termes de sensibilité ( $\geq 95$  %), de la majorité des systèmes de classification antérieurs à l'exception de ceux de Bennett (72 %) et de l'ESSG (55 %), nettement moins sensibles. Les critères les plus performants, en particulier pour la discrimination RPso/PR, seraient ceux de Vasey et Espinoza, Gladman et McGonagle [25]. Dans la même démarche, une vaste étude internationale reprend la comparaison des critères existants et aboutit à la mise en place d'un nouveau système de critères de classification du RPso : ils porteront le nom de ce large groupe, CASPAR (CLASSification criteria for Psoriatic

ARthritis) [29], et cette collaboration posera les fondements de la formation du GRAPPA (Group for Research and Assessment of Psoriasis and Psoriatic Arthritis) [10].

La classification CASPAR a été élaborée à partir d'une importante base de données, incluant 588 cas de RPso et 536 témoins (384 PR, 72 SA, 38 arthrites indifférenciées) [6]. Sa mise en place s'est appuyée sur une analyse statistique élaborée, basée notamment sur un système de construction d'arbres de décision modélisant une régression (CART). Les performances de ces critères ont été jugées optimales, avec une spécificité de 98.7 % malgré une sensibilité de 91.4 %, légèrement inférieure aux critères de Vasey et Espinoza [10, 29]. On note au sein de la population d'étude, la présence de FR chez 4.6 % et d'anti-CCP chez 7.6 % des RPso (versus 57 % et 55 %, respectivement, dans le groupe PR témoin). Les RIC évoluaient depuis >10 ans dans les deux groupes (moyennes de 12.5 ans dans le groupe RPso et 13.3 ans dans le groupe témoin), ce qui générera des doutes quant à la validité de ces critères dans le RPso débutant. Cette question fera l'objet de quelques travaux de recherche dont une étude menée par Coates et al, portant sur 111 patients souffrant de RPso depuis moins de 2 ans et 111 témoins ayant une autre arthropathie inflammatoire précoce [30]. Au bout du compte, la sensibilité et la spécificité des critères CASPAR dans les RPso précoces resteront tout à fait acceptables s'élevant respectivement à 87.4 % et 99.1 % ; de même, tous les éléments de cette classification confirmeront leur bonne sensibilité pour le diagnostic de RPso, à l'exception des lésions radiographiques de construction osseuse survenant plus tardivement dans l'évolution de la maladie [11]. Un autre sujet de controverse concerne l'applicabilité de ces critères à la population générale, puisqu'ils ont été construits sur une population de patients atteints de RIC [10]. Notons que la classification CASPAR n'a pas lieu d'être en l'absence d'arthropathie inflammatoire : son utilisation présuppose en effet l'existence d'une atteinte inflammatoire enthésitique, axiale ou périphérique. S'y ajoutent 5 critères cotés 0 ou 1, à l'exception du psoriasis, qui reçoit 2 points en cas d'atteinte personnelle concomitante et 1 point en cas d'antécédent personnel (résolu) ou familial [29]. Un score de 3 points – en plus de l'atteinte rhumatologique inflammatoire obligatoire – est requis pour considérer qu'un patient répond aux critères CASPAR (*Figure 7*). Quelques points de cette classification sont notables : le maintien du critère d'absence de FR, la valeur donnée aux manifestations dermatologiques et

l'importance des lésions de formation osseuse juxta-articulaire qui se distinguent parmi les nombreux signes radiographiques par leur valeur discriminante élevée. Toutefois, à notre connaissance, aucune étude n'a permis de valider à l'heure actuelle les critères CASPAR comme critères de diagnostic. L'équipe de Gladman, lors d'une mise au point sur le RPso, publiée en septembre 2019, positionne clairement ce système de critères dans le cadre des critères de classification et souligne la difficulté à poser le diagnostic de RPso. En effet, bien que facilité par les critères de classification et par une multitude de questionnaires de « dépistage », le diagnostic du RPso n'en reste pas moins complexe, voire laborieux. [31].

## **Conclusion**

Malgré l'évolution indéniable qu'a connue la classification du RPso, il reste de nombreuses zones d'ombre au tableau qui entretiennent les controverses. Ainsi, nous sommes aujourd'hui en mesure de détecter des synovites et enthésites infra cliniques, grâce à l'apport de l'échographie et de l'IRM. Toutefois, nous ne savons toujours pas comment classer ces patients : doit-on les considérer atteints d'une arthropathie inflammatoire ce qui, le cas échéant, aboutira à un diagnostic de RPso chez un patient ayant du psoriasis et une absence de FR, même en étant totalement asymptomatique par ailleurs ? Il reste donc des points à éclaircir en vue de définir sans ambiguïté la notion d'atteinte musculosquelettique inflammatoire, qui constitue le point de départ des critères CASPAR. On ne peut non plus ignorer que, si nous avons avancé dans la discrimination RPso/PR et dans la distinction subtile entre RPso axial et SA, nous sommes encore relativement démunis dans certains cas complexes et enchevêtrés, tout comme nous le sommes dans certains tableaux d'arthrose digitale érosive sévère qu'il peut être difficile – voire quasi-impossible – de distinguer de l'atteinte des IPD du RPso. Enfin et surtout, ces critères restent voués à la classification et ne sont pas validés en tant que critères de diagnostic, encore moins devant des formes précoces, un enjeu majeur pour la rhumatologie d'aujourd'hui.

**Déclaration de liens d'intérêt :**

Les auteurs déclarent ne pas avoir de liens d'intérêt.

## Références

- 1- Scarpa R, Biondi Oriente C, Oriente P. The classification of psoriatic arthritis: what will happen in the future? *J Am Acad Dermatol*. 1997;36(1):78-83.
- 2- Moll JM, Wright V. Psoriatic arthritis. *Semin Arthritis Rheum*. 1973;3(1):55-78.
- 3- Wright V. Psoriatic arthritis. A comparative radiographic study of rheumatoid arthritis and arthritis associated with psoriasis. *Ann Rheum Dis*. 1961;20(2):123-132.
- 4- Gladman DD. Psoriatic arthritis. In: Bellamy N, ed. *Prognosis in the Rheumatic Diseases*. Dordrecht: Springer Netherlands; 1991:153-166.
- 5- Wright V. Psoriatic arthropathy and seronegative rheumatoid arthritis with psoriasis: distinguishing features from Reiter's syndrome. *Ann Rheum Dis*. 1979;38 Suppl 1(Suppl 1):59-67.
- 6- Lioté F. Rhumatisme psoriasique : critères de classification, de diagnostic et de réponse thérapeutique. *Revue du Rhumatisme Monographies*. 2010;77(1):67-73.
- 7- Gladman DD. Current concepts in psoriatic arthritis. *Curr Opin Rheumatol*. 2002;14(4):361-366.
- 8- Gladman DD. Natural history of psoriatic arthritis. *Baillière's Clinical Rheumatology*. 1994;8(2):379-394.
- 9- Wright V, Moll JMH, editors. *Seronegative polyarthritis*. Amsterdam: North Holland Publishing Co; 1976.
- 10- Rudwaleit M, Taylor WJ. Classification criteria for psoriatic arthritis and ankylosing spondylitis/axial spondyloarthritis. *Best Pract Res Clin Rheumatol*. 2010;24(5):589-604.
- 11- Eder L, Gladman DD. Psoriatic Arthritis: Phenotypic Variance and Nosology. *Current Rheumatology Reports*. 2013;15(3):316.
- 12- Calin A. Ankylosing spondylitis. *Clin Rheum Dis*. 1985;11(1):41-60.
- 13- Amor B, Dougados M, Mijiyawa M. Criteria of the classification of spondylarthropathies. *Rev Rhum Mal Osteoartic*. 1990;57(2):85-89.
- 14- Gladman DD, Shuckett R, Russell ML, Thorne JC, Schachter RK. Psoriatic arthritis (PSA)--an analysis of 220 patients. *Q J Med*. 1987;62(238):127-141.
- 15- Helliwell P, Marchesoni A, Peters M, Barker M, Wright V. A re-evaluation of the osteoarticular manifestations of psoriasis. *Br J Rheumatol*. 1991;30(5):339-345.
- 16- Torre Alonso JC, Rodriguez Perez A, Arribas Castrillo JM, Ballina Garcia J, Riestra Noriega JL, Lopez Larrea C. Psoriatic arthritis (PA): a clinical, immunological and radiological study of 180 patients. *Br J Rheumatol*. 1991;30(4):245-250.
- 17- Claudepierre P. Comment faire le diagnostic de rhumatisme psoriasique ? Mise au point. *La Lettre du Rhumatologue* 2008;340:6-10
- 18- Taylor W, Gladman D, Helliwell P, et al. Classification criteria for psoriatic arthritis: development of new criteria from a large international study. *Arthritis Rheum*. 2006;54(8):2665-2673.
- 19- Merola JF, Espinoza LR, Fleischmann R. Distinguishing rheumatoid arthritis from psoriatic arthritis. *RMD Open*. 2018;4(2):e000656.
- 20- Baker H, Golding DN, Thompson M. Psoriasis and arthritis. *Ann Intern Med*. 1963;58:909-925.

- 21- Avila R, Pugh DG, Slocumb CH, Winkelmann RK. Psoriatic arthritis: a roentgenologic study. *Radiology*. 1960;75:691-702.
- 22- Helliwell PS, Taylor WJ. Classification and diagnostic criteria for psoriatic arthritis. *Ann Rheum Dis*. 2005;64(suppl 2):ii3.
- 23- Veale D, FitzGerald O. Psoriatic arthritis--"DIP or not DIP? That is the question". *Br J Rheumatol*. 1992;31(6):430-431.
- 24- Bennett DL, Ohashi K, El-Khoury GY. Spondyloarthropathies: ankylosing spondylitis and psoriatic arthritis. *Radiol Clin North Am*. 2004;42(1):121-134.
- 25- Taylor WJ, Marchesoni A, Arregghini M, Sokoll K, Helliwell PS. A comparison of the performance characteristics of classification criteria for the diagnosis of psoriatic arthritis. *Semin Arthritis Rheum*. 2004;34(3):575-584.
- 26- Vasey FB, Seleznick MJ, Fenske NA, Espinoza LR. New signposts on the road to understanding psoriatic arthritis. *J Rheumatol*. 1989;16(11):1405-1407.
- 27- McGonagle D, Gibbon W, Emery P. Classification of inflammatory arthritis by enthesitis. *Lancet*. 1998;352(9134):1137-1140.
- 28- Fournié B, Crognier L, Arnaud C, et al. Proposed classification criteria of psoriatic arthritis. A preliminary study in 260 patients. *Rev Rhum Engl Ed*. 1999;66(10):446-456.
- 29- Taylor W, Gladman D, Helliwell P, et al. Classification criteria for psoriatic arthritis: Development of new criteria from a large international study. *Arthritis Rheum*. 2006;54(8):2665-2673.
- 30- Coates LC, Conaghan PG, Emery P, et al. Sensitivity and specificity of the classification of psoriatic arthritis criteria in early psoriatic arthritis. *Arthritis Rheum*. 2012;64(10):3150-3155.
- 31- Ocampo D V, Gladman D. Psoriatic arthritis. *F1000Res*. 2019;8.

**Figures :**

Figure 1 : Critères de Moll et Wright [2]

Critères de Moll et Wright	
1-	Psoriasis
2-	Arthropathie inflammatoire (périphérique et/ou axiale)
3-	Facteur Rhumatoïde habituellement absent

Figure 2 : Critères de Bennett [24]. *RPso* : Rhumatisme Psoriasique ; *IPD* : Interphalangienne distale ; *BAAR* : Bacille acido-alcool-résistant

Critères de Bennett	
Critères obligatoires	
	- Présence de Psoriasis (cutané et/ou unguéal)
<b>ET</b>	- Douleur et gonflement des tissus mous et/ou limitation d'au moins une articulation, pendant au moins 6 semaines, constatés par un médecin
Critères supplémentaires	
	- Douleur et gonflement des tissus mous et/ou limitation d'une ou plusieurs autres articulations, constatés par un médecin
	- Arthrite inflammatoire d'une IPD après exclusion des nodosités d'Heberden et de Bouchard.
	- Doigt ou orteil « en saucisse »
	- Asymétrie des atteintes articulaires aux mains et aux pieds.
	- Absence de nodules sous-cutanés
	- Absence de Facteur Rhumatoïde dans le sang
	- Ponction de liquide articulaire ramenant un liquide inflammatoire aseptique (et sans BAAR), avec absence de microcristaux d'urate et de pyrophosphate de calcium, et taux normaux ou élevés de C3 et C4.
	- Biopsie synoviale révélant une hypertrophie de la couche bordante avec prédominance d'un infiltrat mononucléé, en l'absence de lésions granulomateuses ou tumorales.
	- Radiographies conventionnelles des mains et de pieds montrant une arthrite érosive des petites articulations avec absence relative d'ostéoporose, et après exclusion de l'arthrose érosive.
	- Atteinte axiale radiographique avec mise en évidence de sacro-iliite et/ou syndesmophytes, et/ou ossifications paravertébrales.
Définition du RPso selon les critères de Bennett :	
RPso certain : les 2 critères obligatoires + 6 critères supplémentaires	
RPso probable : critères obligatoires + 4 critères supplémentaires	
RPso possible : critères obligatoires + 2 critères supplémentaires	

Figure 3 : Critères de Vasey et Espinoza [26,17]. *IPD : Interphalangienne distale*

Critères de Vasey et Espinoza	
<b>Critère I : Psoriasis cutané ou unguéal</b>	
<b>Critère II : Atteinte périphérique</b>	
1-	Douleur et gonflement d'une IPD avec ou sans limitation, pendant plus de 4 semaines
2-	Douleur et gonflement d'articulations périphériques suivant une distribution asymétrique, (dactylites incluses) pendant plus de 4 semaines.
3-	Arthrite périphérique symétrique pendant plus de 4 semaines avec absence de facteur rhumatoïde et de nodules sous-cutanés.
4-	Aspect radiographique de « pencil-in-cup », d'acro-ostéolyse distale, de périostite floue ou d'ankylose.
<b>Critère III : Atteinte axiale</b>	
1-	Rachialgie avec raideur depuis plus de 4 semaines
2-	Sacro-iliite radiographique bilatérale de grade 2 selon les critères de New-York
3-	Sacro-iliite radiographique unilatérale de grade 3 ou 4 selon les critères de New-York.
<b>Le RPso est défini par la présence du critère I (obligatoire) et de l'un des 2 autres critères (II ou III).</b>	

Figure 4 : Critères de l'European Sponyloarthropathy Study Group (ESSG) [6,17]

Critères modifiés de l'ESSG pour le Rhumatisme Psoriasique
Rachialgie inflammatoire <b>OU</b> Synovite (asymétrique ou prédominant aux membres inférieurs)
<b>ET</b> Histoire familiale de Psoriasis et/ou Psoriasis

Figure 5 : Critères modifiés de McGonagle [27,17]. *IPD* : Interphalangienne distale ; *OP3GO* : Onychopachydermopériostite psoriasique du gros orteil ; *CMRO* : Chronic multifocal recurrent osteomyelitis.

Critères modifiés de McGonagle	
<b>Psoriasis ou histoire familiale de psoriasis</b>	
<b>ET L'un des éléments suivants :</b>	
-	Enthésite inflammatoire clinique
-	Enthésite radiographique
-	Arthrite des IPD
-	Sacro-iliite / spondylite inflammatoire
-	Arthropathie inhabituelle (SAPHO, spondylodiscite, arthrite mutilante, OP3GO, CMRO)
-	Dactylite
-	Monoarthrite
-	Oligoarthrite (4 articulations gonflées ou moins)

Figure 6 : Critères de Fournié [28,17,6]. *CRDO* : Critères radiologiques des doigts et des orteils ; *HLA* : Human Leucocyte Antigen ; *IPD* : Interphalangienne distale

Critères de Fournié	
Critères cliniques / Histoire clinique	
- Psoriasis concomitant ou antérieur aux manifestations rhumatologiques	6
- Psoriasis familial (si critère 1 négatif) ou psoriasis personnel postérieur au début du rhumatisme	3
- Arthrite d'une IPD	3
- Atteinte cervico-dorsale inflammatoire	3
- Monoarthrite ou oligoarthrite asymétrique	1
- Fessalgie, talalgie, douleur de la paroi thoracique antérieure, enthésalgie diffuse inflammatoires	2
<b>Critères radiologiques : présence de l'un des critères des doigts et des orteils (CRDO) suivants :</b>	<b>5</b>
- Érosion d'une IPD	
- Ostéolyse interphalangienne élargissant l'interligne et délimitant nettement les surfaces adjacentes	
- Ankylose d'une IPD	
- Périostite juxta-articulaire	
- Résorption d'une houppe phalangienne	
Critères biologiques	
- Présence de l'antigène HLA B16 (38, 39) ou B17	6
- Absence de facteur rhumatoïde	4
<b>Une somme de points supérieure ou égale à 11 points permet de classer un patient RP.</b>	

Figure 7 : Critères CASPAR [29,17,6,10]

<b>Critères de classification diagnostique CASPAR : Classification Criteria for Psoriatic Arthritis</b>	
<b>Atteinte rhumatologique inflammatoire périphérique, axiale ou enthésitique</b>	
<b>ET Score d'au moins 3 points sur les critères suivants :</b>	
- Psoriasis actuel	2
- Antécédent de psoriasis ou histoire familiale de psoriasis (1 <sup>er</sup> ou 2 <sup>nd</sup> degré)	1
- Psoriasis unguéal à l'examen (onycholyse, ponctuation unguéale ou hyperkératose)	1
- Absence de Facteur Rhumatoïde	1
- Dactylite actuelle ou antécédent de dactylite constatée par un rhumatologue	1
- Aspect radiologique de construction osseuse juxta-articulaire sur les radios des mains et des pieds(excluant les ostéophytes)	1