



Les traumatismes et l'arthrite inflammatoire

Document de travail à l'intention du

Tribunal d'appel de la sécurité professionnelle et
de l'assurance contre les accidents du travail

Septembre 2008

préparé par le

D^{re} Dafna D. Gladman M.D., FRCPC

Professeure de médecine, Université de Toronto
Scientifique principale, *Toronto Western Research Institute*
Directrice adjointe, Centre for Prognosis Studies in The Rheumatic
Diseases, University Health Network
Directrice, Psoriatic Arthritis Program, University Health Network

La D^{re} D. Gladman a obtenu son diplôme de l'Université de Toronto en 1971. Elle a fait des études postdoctorales en médecine interne du 1972 à 1975 et en rhumatologie de 1975 à 1977 à l'Université de Toronto. Elle a obtenu son certificat en médecine interne et en rhumatologie en 1976. Elle s'est jointe au corps professoral de l'Université de Toronto en 1977 et occupe une chaire de professeure de médecine à la faculté de médecine de cet établissement. Elle s'intéresse aux manifestations cliniques et à la génétique de la polyarthrite psoriasique. Elle a publié de nombreux ouvrages dans le domaine. Elle est consultante ou membre active du personnel du Mount Sinai Hospital, University Health Network, du Sunnybrook Health Sciences Centre et du Women's College Hospital.

Ce document de travail médical sera utile à toute personne en quête de renseignements généraux au sujet de la question médicale traitée. Il vise à donner un aperçu général d'un sujet médical que le Tribunal examine souvent dans les appels.

Ce document de travail médical est l'œuvre d'un expert reconnu dans le domaine, qui a été recommandé par les conseillers médicaux du Tribunal. Son auteur avait pour directive de présenter la connaissance médicale existant sur le sujet, le tout, en partant d'un point de vue équilibré. Les documents de travail médicaux ne font pas l'objet d'un examen par les pairs, et ils sont rédigés pour être compris par les personnes qui ne sont pas du métier.

Les traumatismes et l'arthrite inflammatoire

Les documents de travail médicaux ne représentent pas nécessairement les vues du Tribunal. Les décideurs du Tribunal peuvent s'appuyer sur les renseignements contenus dans les documents de travail médicaux mais le Tribunal n'est pas lié par les opinions qui y sont exprimées. Toute décision du Tribunal doit s'appuyer sur les faits entourant le cas particulier visé. Les décideurs du Tribunal reconnaissent que les parties à un appel peuvent toujours s'appuyer sur un document de travail médical, s'en servir pour établir une distinction ou le contester à l'aide d'autres éléments de preuve. Voir *Kamara c. Ontario (Workplace Safety and Insurance Appeals Tribunal)* [2009] O.J. No. 2080 (Ont Div Court).

Traduction réalisée par les services de traduction certifiés retenus par le Tribunal : All Languages, société membre de plusieurs associations langagières nationales et internationales dont les traducteurs sont membres de l'Association des traducteurs et interprètes de l'Ontario (ATIO) et de l'Ordre des traducteurs, terminologues et interprètes agréés du Québec (OTTIAQ).

Version 1.0

LES TRAUMATISMES ET L'ARTHRITE INFLAMMATOIRE

Qu'est-ce que l'arthrite inflammatoire?

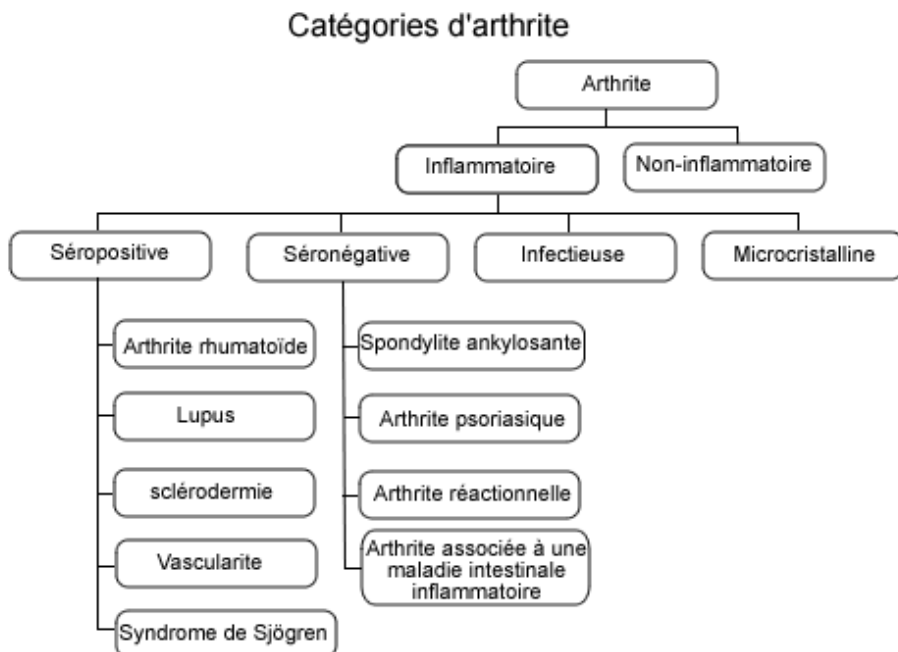
Le terme « arthrite inflammatoire » fait référence aux formes d'arthrite qui se caractérisent principalement par l'inflammation de la synoviale, c'est-à-dire le tissu qui tapisse les articulations. L'arthrite inflammatoire se caractérise cliniquement par la sensation de douleur de type inflammatoire, c'est-à-dire une douleur qui est intensifiée par l'inactivité et atténuée par l'activité; elle est associée à une raideur matinale prolongée et à d'autres signes d'inflammation, dont l'enflure des articulations, la rougeur au niveau de celles-ci et la restriction de leur mouvement. L'arthrite inflammatoire peut dès lors être distinguée des formes non inflammatoires ou mécaniques d'arthrite par le type de douleur articulaire ressenti. Pour l'arthrite inflammatoire, la douleur est associée à l'inactivité, alors que pour l'arthrite non inflammatoire, la douleur est, à l'inverse, provoquée par l'activité physique. La douleur inflammatoire est associée à une raideur matinale prolongée, d'une durée d'au moins 30 à 45 minutes, tandis que l'arthrite non inflammatoire n'implique pas de raideur matinale et, si celle-ci survient, ce n'est généralement que pour une courte période. Ces deux types d'arthrite peuvent causer la restriction des mouvements des articulations et l'invalidité, bien que, pour l'arthrite de type mécanique, ces effets ont tendance à persister, alors que pour l'arthrite de type inflammatoire, la restriction des mouvements peut être éliminée par le contrôle de l'inflammation. Bien qu'il n'existe aucune donnée officielle relativement à la prévalence de l'arthrite inflammatoire, on croit qu'un pourcentage situé entre 3 et 5 % de la population souffre d'un type d'arthrite inflammatoire.

Catégories d'arthrites inflammatoires

On classe généralement l'arthrite inflammatoire selon sa séropositivité ou sa séronégativité. Ce classement est fondé sur la présence d'un facteur rhumatoïde, soit une immunoglobuline réagissant à une gammaglobuline, présent dans le sang de la majorité des patients atteints d'une affection séropositive et dans celui d'une proportion minimale de patients atteints d'une affection séronégative. La forme séropositive prototype de l'arthrite est l'arthrite rhumatoïde. Parmi les autres maladies du même type, mentionnons le groupe des maladies désignées comme collagénoses avec manifestations vasculaires, telles que le lupus érythémateux disséminé, la sclérodermie, la vascularite et le syndrome de Sjögren. Seule l'arthrite rhumatoïde sera analysée dans le présent document.

Parmi les maladies articulaires inflammatoires séronégatives se trouve un groupe désigné sous le nom de spondyloarthrite. Cette maladie se caractérise par une affection inflammatoire des articulations du dos, des deux articulations sacro-iliaques et des articulations apophysaires de la colonne vertébrale. Ce groupe comprend la spondylite ankylosante, l'arthrite psoriasique, l'arthrite réactionnelle ainsi que l'arthrite associée à une maladie intestinale inflammatoire. Bien que le prototype de ce groupe soit la spondylite ankylosante, nous aborderons également l'arthrite psoriasique.

En plus de la présence du facteur rhumatoïde, il existe d'autres caractéristiques articulaires pouvant différencier les formes séropositive et séronégative de l'arthrite inflammatoire.



Arthrite rhumatoïde

Caractéristiques générales : l'arthrite rhumatoïde est un type d'arthrite inflammatoire qui affecte tant les petites que les grosses articulations par une distribution symétrique. Cette maladie touche plus de femmes que d'hommes et apparaît généralement vers la quarantaine, bien qu'elle puisse se développer à tout âge. Elle se caractérise par une douleur et une enflure dans les articulations affectées ainsi que par une raideur matinale prolongée; elle mène rapidement à une restriction des activités quotidiennes. Tout comme l'arthrite périphérique, l'arthrite rhumatoïde peut affecter les organes internes comme le cœur, les poumons, la peau et les nerfs périphériques. Lorsque des réactions systémiques sont observées, on désigne souvent cette maladie sous le nom de maladie rhumatoïde.

Étiologie et pathogenèse : on ignore la cause de l'arthrite rhumatoïde. Toutefois, on considère certains facteurs comme la génétique, l'immunité et l'environnement comme importants dans son développement.

Facteurs génétiques : le lien entre les gènes du complexe majeur d'histocompatibilité (CMH) et l'arthrite rhumatoïde est maintenant reconnu. Chez les humains, le CMH est situé sur le bras court du chromosome 6, et on le désigne sous le nom de système HLA (human leucocyte antigen). On a identifié HLA-DRB*0401 comme un facteur de risque à l'égard du développement de l'arthrite rhumatoïde. L'existence d'une séquence conservée d'acides aminés associée à la troisième région hypervariable des chaînes bêta HLA-DR contenant les acides aminés 70 à 74, connue sous le nom d'« épitope partagé », a également été démontrée. L'épitope partagé est présent dans un certain

Les traumatismes et l'arthrite inflammatoire

nombre d'allèles HLA ayant été associés à l'arthrite rhumatoïde chez différents groupes ethniques. On ne sait toujours pas si cet épitope partagé joue un rôle direct dans la réaction immunitaire menant au développement de l'arthrite rhumatoïde, ni s'il est lié à la production d'autoanticorps anti-peptides cycliques citrullinés. Le polymorphisme de plusieurs autres gènes peut également contribuer au développement de l'arthrite rhumatoïde.

Autres facteurs de risque : les risques non génétiques comprennent le sexe féminin; en effet, les femmes sont de 2 à 3 fois plus susceptibles de contracter l'arthrite rhumatoïde que les hommes. Des facteurs hormonaux tels que la sécrétion d'œstrogène et de progestérone peuvent expliquer ce lien. Bien que l'on associe l'œstrogène à un effet sur la réaction immunitaire, son rôle dans le développement de l'arthrite rhumatoïde prête toujours à controverse.

On a identifié différents facteurs environnementaux jouant un rôle dans l'étiologie de l'arthrite rhumatoïde. L'exposition à la fumée du tabac est le plus détaillé de ces facteurs. Il se trouve que l'usage du tabac accentue le risque de développer des anticorps anti-peptides cycliques citrullinés, anticorps communément observés chez les patients atteints d'arthrite rhumatoïde et ayant été détectés longtemps avant le diagnostic de la maladie. On suppose que l'inhalation de fumée entraîne la production d'anticorps anti-peptides cycliques citrullinés qui, à leur tour, provoquent l'inflammation et l'activation d'une immunité innée causant ultimement l'apparition de l'arthrite rhumatoïde. On a également identifié certains agents infectieux pouvant jouer un rôle dans le développement de l'arthrite rhumatoïde, bien qu'aucun agent spécifique n'ait été déterminé. On a suggéré le stress, tant physique que psychologique, comme mécanisme provoquant le développement de maladies auto-immunes comme l'arthrite rhumatoïde, puisque le stress et l'arthrite rhumatoïde déstabilisent le système immunitaire de façon similaire. Bien que les patients atteints d'arthrite rhumatoïde puissent constituer une source fiable à l'égard des antécédents de stress avant l'apparition de la maladie, aucune étude n'a déterminé un type particulier de traumatisme lié à la maladie.

Pathogenèse immunitaire : quelle que soit la cause de l'arthrite rhumatoïde, on associe cette maladie à un certain nombre de changements immunitaires. On croit que certains facteurs génétiques et environnementaux activent l'immunité innée et le chargement d'antigènes dans les macrophages. Cela entraîne le recrutement de cellules inflammatoires, notamment les cellules polymorphonucléaires, les lymphocytes T, les lymphocytes B et les ostéoclastes. L'activation des lymphocytes T engendre la production de cytokines, l'activation de lymphocytes B et la production d'autoanticorps, ainsi que la formation d'un complexe immunitaire et le dépôt dans la synoviale. Une fois enclenché, ce processus semble s'auto-régénérer, entraînant la prolifération de cellules synoviales et la destruction du cartilage et des os.

Caractéristiques cliniques de l'arthrite rhumatoïde : l'arthrite rhumatoïde affecte principalement les articulations de taille petite à moyenne par une distribution symétrique. On ressent une douleur et une enflure au niveau des articulations, ainsi qu'une raideur matinale généralement prolongée. Les articulations interphalangiennes distales des mains et des pieds sont généralement épargnées, ainsi que les

Les traumatismes et l'arthrite inflammatoire

articulations de la colonne vertébrale. La caractéristique extraarticulaire la plus commune de l'arthrite rhumatoïde est la présence de nodules rhumatoïdes, le plus souvent à la surface des extenseurs de l'avant-bras situés près du coude; cependant, ces nodules peuvent se développer sur n'importe quel point de pression. Ils sont en général mous et indolores. Les nodules rhumatoïdes peuvent se développer dans les poumons et dans d'autres organes internes, comme le canal rachidien; dans un tel cas, ils peuvent provoquer des symptômes affectant la colonne vertébrale.



Schéma 1 : photographie des mains d'une personne atteinte d'arthrite rhumatoïde, mettant en évidence les articulations enflées et certaines difformités.

En plus de l'inflammation articulaire, les organes internes peuvent être touchés par le processus rhumatoïde. En ce qui concerne les yeux, la sécheresse oculaire, la conjonctivite et l'inflammation de différentes parties de l'œil sont communes, y compris l'épisclérite et la sclérite. Des nodules rhumatoïdes peuvent également se former sur les poumons et être associés par erreur au cancer. Une maladie pulmonaire interstitielle peut se développer chez les patients atteints d'arthrite rhumatoïde, particulièrement chez les fumeurs, et entraîner une dyspnée grave. L'inflammation du tissu pulmonaire, ou pleurésie, peut également survenir, entraînant des douleurs thoraciques et la dyspnée. Au niveau du cœur, des nodules rhumatoïdes peuvent apparaître et entraver le système de conduction, causant l'irrégularité du rythme cardiaque. Une inflammation du muscle cardiaque, ou myocardite, ou encore une inflammation du tissu cardiaque, ou péricardite, peuvent également survenir; ces deux types d'inflammation peuvent causer des douleurs thoraciques et la dyspnée. Le système nerveux périphérique est affecté par des neuropathies compressives comme le syndrome du canal carpien. On observe parfois chez les patients atteints d'arthrite rhumatoïde une neuropathie inflammatoire qui peut entraîner des paresthésies (ou engourdissements) et, dans certains cas, des dysfonctionnements. De même, une myélopathie cervicale peut survenir en réaction à une subluxation vertébrale au cou. Cela peut se traduire par des céphalées, des engourdissements, une perte d'équilibre et, dans les cas graves, par une paralysie franche. En plus des nodules sous-cutanés, on peut observer à la surface de la peau une vascularite se caractérisant par une rougeur autour du lit d'ongle ainsi que par des hémorragies au niveau des doigts, ou par de gros ulcères, particulièrement sur le côté interne des membres inférieurs; on observe ces effets chez les patients atteints du syndrome de Felty, une combinaison d'arthrite, de splénomégalie, de numération plaquettaire faible et d'ulcères cutanés.

Les traumatismes et l'arthrite inflammatoire

Histoire naturelle : lorsqu'elle n'est pas traitée, l'arthrite rhumatoïde entraîne des difformités, la destruction des articulations et le décès prématuré. Les patients atteints d'arthrite rhumatoïde sont exposés à un risque de décès plus élevé, ainsi qu'à des maladies cardiovasculaires comme l'infarctus du myocarde et les accidents vasculaires cérébraux.

Diagnostic : le diagnostic d'arthrite rhumatoïde est posé en fonction des antécédents du patient relativement aux maladies inflammatoires des articulations, d'un examen physique ayant révélé la présence d'arthrite, généralement à distribution symétrique, d'une confirmation par le laboratoire d'un test de facteur rhumatoïde positif et de rayons X confirmant une maladie érosive à distribution appropriée. L'American College of Rheumatology a élaboré des critères de classement tenant compte de la présence de raideur matinale, d'arthrite dans 3 zones articulaires ou plus, d'arthrite dans les articulations des mains, d'arthrite symétrique, de nodules rhumatoïdes, d'un facteur rhumatoïde positif et de changements radiographiques. Ces changements comprennent l'érosion, surtout observée au niveau des poignets, des articulations métacarpophalangiennes des mains et des articulations métatarsophalangiennes des pieds. La présence de 4 ou plus de ces critères suffit pour déterminer qu'un patient souffre d'arthrite rhumatoïde.

Rôle des traumatismes : tel que mentionné ci-dessus, le stress peut accentuer la réaction immunitaire et entraîner des changements semblables à ceux se produisant chez les patients atteints d'arthrite rhumatoïde; le stress peut donc causer l'aggravation de la maladie. Toutefois, le rôle spécifique joué par les traumatismes dans le développement de l'arthrite rhumatoïde n'a pas encore été prouvé. D'autre part, en raison du risque de neuropathie compressive, les mouvements répétitifs peuvent aggraver certains symptômes de l'arthrite rhumatoïde. Malheureusement, il n'existe à l'heure actuelle aucune preuve documentée pouvant aider à comprendre le rôle joué par les traumatismes dans le développement ou la perpétuation de l'arthrite rhumatoïde.

Maladie séronégative

Spondylite ankylosante

Caractéristiques générales : la spondylite ankylosante est un type d'arthrite inflammatoire des articulations sacro-iliaques et de la colonne vertébrale. Elle survient plus fréquemment chez les hommes et se développe généralement vers la fin de l'adolescence ou le début de la vingtaine, bien que le diagnostic soit souvent posé de façon tardive. Au cours des dernières décennies, il est devenu évident que la différence entre les sexes n'est pas aussi grande qu'on ne le croyait auparavant; en effet, les premières études provenaient d'hôpitaux d'anciens combattants et tenaient surtout compte de données sur les hommes. Le rapport hommes-femmes actuel est de 2 pour 1.

Étiologie et pathogénèse : bien que l'étiologie de la spondylite ankylosante demeure peu connue, un important composant génétique a été mis en évidence, tant par la distribution familiale de la maladie que par le lien solide qui existe avec l'allèle HLA-B*27. Le lien existant entre de nombreux autres gènes et la spondylite ankylosante a également été démontré. De même, certains mécanismes infectieux potentiels ont été présentés, sans qu'aucun d'entre eux n'ait été éprouvé à ce jour, bien que dans le cas de l'arthrite réactionnelle, les mécanismes infectieux jouent un rôle certain. Quant aux traumatismes, un rôle potentiel a été suggéré, sans toutefois avoir été éprouvé. Chez certains patients, le diagnostic n'est posé qu'une fois le traumatisme survenu, et des maux de dos que l'on croyait d'abord liés au traumatisme sont finalement diagnostiqués en tant que spondylite ankylosante.

Caractéristiques cliniques de la spondylite ankylosante : les principales caractéristiques de la spondylite ankylosante découlent de l'enthésite, une inflammation à l'endroit où les tendons s'insèrent dans les os, et de la synovite. Le symptôme généralement observé est une douleur dorsale inflammatoire. Cette douleur s'aggrave au repos et s'atténue grâce à l'activité ou l'exercice, et on l'associe à une raideur matinale prolongée. La douleur ressentie survient généralement la nuit, réveillant le patient entre 2 et 5 h du matin. De nombreux patients reconnaissent les bienfaits de sortir du lit et de marcher ou de prendre une douche afin de réduire la douleur et la raideur. L'endroit où la douleur est ressentie dépend de la région affectée. La douleur sacro-iliaque est le plus souvent ressentie dans les fessiers, et elle alterne souvent d'un côté à l'autre. L'inconfort vertébral va généralement de la jonction dorso-lombaire au cou. Le premier symptôme le plus commun est la disparition de la lordose lombaire. D'autres symptômes cliniques observés lors de l'examen physique comprennent la restriction de l'amplification de la cage thoracique, un mouvement réduit du cou ainsi qu'une flexion limitée de la colonne lombaire vers l'avant et les côtés. Bien que l'examen clinique des articulations sacro-iliaques ne soit pas entièrement fiable, certains patients souffrent parfois d'inflammation aiguë au niveau de ces articulations.

En plus des caractéristiques de la maladie associées à la colonne vertébrale, les patients atteints de spondylite ankylosante souffrent parfois d'arthrite périphérique inflammatoire. L'arthrite est généralement oligoarticulaire, c'est-à-dire qu'elle affecte 4 articulations ou moins; elle affecte les grosses articulations, et sa distribution est souvent symétrique. Les articulations des épaules et des hanches, souvent désignées comme articulations axiales, sont communément affectées par la spondylite ankylosante. L'enthésite touche communément le tendon d'Achille et l'aponévrose plantaire, ainsi que les régions entourant le pelvis. On croit que la présence d'enthésite entraîne la formation de syndesmophytes, détectés dans la colonne vertébrale de patients souffrant de spondylite ankylosante. Ceux-ci provoquent une grande restriction de la mobilité de la colonne vertébrale. La douleur et l'inflammation entraînent généralement, en premier lieu, la disparition de la lordose lombaire suivie d'une cyphose dorsale, puis l'hyperextension du cou. Par conséquent, les patients, pour se tenir en position debout, doivent souvent plier les genoux et les hanches; il s'ensuit une difformité en flexion. Les patients perdent ultimement l'équilibre et ont besoin d'appareils de marche ou de chirurgies (voir le schéma 2).

Les traumatismes et l'arthrite inflammatoire

Les caractéristiques extraarticulaires observées chez les patients souffrant de spondylite ankylosante comprennent l'iritis, ou l'inflammation de la chambre antérieure de l'œil, survenant chez 40 % des patients et se caractérisant par une douleur oculaire, une vision embrouillée et une photosensibilité. Les patients atteints de spondylite ankylosante peuvent également, dans certains cas, souffrir d'urétrite, une inflammation de l'urètre provoquant une sensation de brûlure au passage de l'urine ainsi qu'un écoulement. Les maladies intestinales inflammatoires, qu'il s'agisse de la maladie de Crohn ou d'une colite ulcéreuse, peuvent entraîner la complication de la spondylite ankylosante. Toutefois, certains patients atteints de la spondylite ankylosante subissent des épisodes de diarrhée même en l'absence d'une maladie intestinale inflammatoire documentée. Le psoriasis survient chez environ 10 % des patients souffrant de spondylite ankylosante. Ces patients peuvent développer une inflammation à la base de l'aorte, laquelle peut se caractériser par une douleur thoracique ou un rythme cardiaque anormal. Certains problèmes respiratoires peuvent également survenir en rapport avec la fibrose de la partie supérieure du poumon et causer une restriction de la mobilité de la cage thoracique en raison du processus spondylique.

Histoire naturelle : lorsqu'elle n'est pas traitée, la spondylite ankylosante entraîne de graves difformités de la colonne vertébrale, desquelles découlera l'invalidité. En effet, l'image typique qu'on se faisait d'un patient atteint de spondylite ankylosante il y a 50 ans serait celle d'une personne au dos courbé, aux genoux et aux hanches contractés, au cou en hypertension et s'appuyant sur une canne pour trouver son équilibre. Heureusement, grâce à l'usage de médicaments anti-inflammatoires non stéroïdes et de programmes d'exercice, l'histoire naturelle de la maladie a été modifiée, et cette image n'est plus d'actualité chez les patients atteints de spondylite ankylosante. L'avènement de traitements biologiques a réellement amené une différence encore plus remarquable dans la vie des patients souffrant de spondylite ankylosante.



Schéma 2 : détérioration de la colonne vertébrale chez un patient atteint de spondylite ankylosante.

Diagnostic : le diagnostic de spondylite ankylosante est facilité par les critères de New York, lesquels comprennent les douleurs dorsales inflammatoires, l'expansion restreinte de la cage thoracique, la flexion lombaire réduite et l'évidence de sacro-iliite bilatérale de stade 2 ou de sacro-iliite unilatérale de stade 3 ou 4. Les rayons X permettent généralement de détecter la sacro-iliite et les syndesmophytes. Toutefois, il est important de noter que lorsque toutes ces caractéristiques sont réunies, cela signifie que la maladie est à un stade avancé. On tente présentement d'élaborer des critères pour la détection précoce de la spondylite ankylosante, afin de permettre l'administration d'un traitement adéquat et la modification de l'histoire naturelle de la maladie, de façon à améliorer la situation des patients qui en souffrent.

Rôle joué par les traumatismes dans la spondylite ankylosante : le rôle joué par les traumatismes en rapport avec le développement et l'aggravation de la spondylite ankylosante fait l'objet d'une certaine controverse. Puisque les mécanismes

Les traumatismes et l'arthrite inflammatoire

immunitaires sont impliqués, la même question abordée plus haut, concernant le rôle du stress dans les changements immunitaires, se pose. De plus, les traumatismes peuvent aggraver la spondylite ankylosante du fait que les patients qui en souffrent ont également dans leur colonne vertébrale des syndesmophytes. Il s'agit de l'ossification des couches externes des disques intervertébraux et des ligaments longitudinaux. Les traumatismes peuvent entraîner la fracture dans ces régions et la formation de pseudo-articulations, ce qui se traduit par une douleur intense pour ces patients.

Arthrite psoriasique

Caractéristiques générales : l'arthrite psoriasique est une arthrite inflammatoire associée au psoriasis. Le psoriasis est une maladie cutanée inflammatoire qui affecte de 2 à 3 % de la population. Il se caractérise par une éruption cutanée rouge et écailleuse qui se produit fréquemment à la surface des extenseurs des coudes et des genoux, mais qui peut également apparaître sur n'importe quelle partie du corps. La forme la plus courante de psoriasis est le psoriasis vulgaris; il existe cependant d'autres formes, telles que le psoriasis en gouttes, le psoriasis aux plis de flexion des membres et le psoriasis sous sa forme la plus grave. Le psoriasis est souvent plus grave dans les régions affectées par un traumatisme. On désigne ce phénomène sous le nom de « phénomène de Koebner ».

25 à 30 % des patients atteints de psoriasis développent une autre forme d'arthrite portant le nom d'arthrite psoriasique. Cette forme d'arthrite affecte de façon égale les hommes et les femmes, généralement autour de la quarantaine. Elle affecte les articulations périphériques et la colonne vertébrale, et il existe certaines réactions extraarticulaires répandues comme la dactylite (inflammation d'un doigt entier) et l'enthésite (inflammation à l'endroit où les tendons s'insèrent dans les os). Les patients atteints d'arthrite psoriasique sont plus susceptibles de subir des changements au niveau des ongles, notamment la formation d'« ongles de couturière » ou le soulèvement des ongles, que les patients atteints de psoriasis seul.

Étiologie et pathogenèse : on ignore la cause de l'arthrite psoriasique. On sait cependant que des facteurs génétiques, immunitaires et environnementaux sont impliqués dans l'étiologie et la pathogenèse de cette maladie. Les facteurs génétiques sont considérés comme les plus importants. Le rôle joué par les gènes sur le locus du système HLA a été clairement démontré tant pour le psoriasis que pour l'arthrite psoriasique. On ignore toujours quel allèle est le plus important, bien que les études les plus récentes pointent vers HLA-Cw*0602. Les antigènes HLA ont également été associés à la détérioration des articulations chez les patients atteints d'arthrite psoriasique. D'autres gènes ont aussi été identifiés, mais il est difficile à l'heure actuelle de confirmer s'ils sont liés à la maladie cutanée ou à la maladie des articulations.

Les anomalies immunitaires observées chez les patients atteints d'arthrite psoriasique sont semblables à celles observées chez les patients atteints d'arthrite rhumatoïde. On a découvert que la concentration de certaines cytokines comme le TNF est élevée dans le sérum, les articulations et le tissu cutané des patients atteints d'arthrite psoriasique.

Les traumatismes et l'arthrite inflammatoire

On a également documenté certaines anomalies dans les lymphocytes T; on a établi que celles-ci mènent clairement à la formation de lésions inflammatoires tant au niveau du tissu cutané que des articulations.

Peu d'études ont décrit la fréquence de l'arthrite et de la résorption du tissu osseux des articulations des doigts (acroostéolyse) à la suite de traumatismes physiques subis par des patients souffrant de psoriasis. Une étude rétrospective a mené à la remarquable conclusion que 9 % des patients atteints d'arthrite psoriasique, contre seulement 2 % des patients atteints d'arthrite rhumatoïde, avaient subi une maladie ou un traumatisme aigu avant l'apparition de l'arthrite. Chez 24,6 % des participants d'une vaste cohorte de patients atteints d'arthrite psoriasique, un événement traumatique était survenu avant le diagnostic d'arthrite psoriasique. La situation des patients chez qui l'arthrite était apparue à la suite d'un traumatisme physique était semblable à celle des patients chez qui l'arthrite psoriasique était apparue sans antécédents de traumatisme. On suggère que l'arthrite provoquée par un traumatisme représente un important phénomène de Koebner, ce qui laisse entendre que les traumatismes jouent un rôle dans le développement de l'arthrite psoriasique.

Caractéristiques cliniques de l'arthrite psoriasique : l'arthrite psoriasique est complexe, puisque les patients peuvent être atteints d'arthrite périphérique, d'une maladie axiale ou encore d'une enthésite ou d'une dactylite en plus du psoriasis cutané. L'arthrite périphérique diffère de l'arthrite rhumatoïde du fait que les articulations interphalangiennes distales sont communément affectées tant dans les mains que dans les pieds. La distribution de l'arthrite est généralement asymétrique, bien qu'elle devienne symétrique pour nombre des articulations affectées. L'arthrite touche les petites articulations comme les grosses. Il survient fréquemment une décoloration rougeâtre ou violacée de l'articulation affectée, ce qui n'est pas souvent le cas pour l'arthrite rhumatoïde. Des difformités peuvent apparaître très rapidement chez les patients atteints d'arthrite psoriasique, et celles-ci comprennent des articulations ballantes découlant de la résorption totale du tissu osseux des articulations ainsi que les articulations fusionnées découlant de l'ankylose (formation d'un pont osseux dans les articulations). La moitié des patients environ souffrent de spondylite, asymptomatique dans bien des cas, et détectée seulement lors de la prise de rayons X de la colonne vertébrale ou lorsque la difformité de la colonne vertébrale apparaît. En général, les patients atteints d'arthrite psoriasique éprouvent moins de douleur que les patients atteints d'arthrite rhumatoïde. La dactylite (enflure d'un doigt entier) est commune chez les patients atteints d'arthrite psoriasique; en effet, elle est observée chez près de la moitié d'entre eux. Les doigts affectés par la dactylite révèlent plus de changements radiographiques que les doigts sains. Environ 40 % des patients souffrent d'enthésite, laquelle affecte principalement le tendon d'Achille et l'aponévrose plantaire et est fréquemment associée à des éperons osseux. D'autres caractéristiques extraarticulaires communes au groupe des patients atteints de spondyloarthrite séronégative sont également observées chez les patients atteints d'arthrite psoriasique.



Schéma 3 : mains d'une personne atteinte d'arthrite psoriasique révélant de graves difformités.

Diagnostic de l'arthrite psoriasique : le diagnostic de l'arthrite psoriasique est difficile à établir en raison du manque de critères. Toutefois, un groupe international a récemment réalisé une étude à grande échelle comparant des patients atteints d'arthrite psoriasique avec des patients atteints d'autres formes d'arthrite inflammatoire et a publié les critères CASPAR, visant à faciliter le diagnostic de la maladie; en effet, on a démontré que ces critères étaient à la fois souples et précis pour les cas déjà diagnostiqués d'arthrite psoriasique comme pour les nouveaux cas. Ces critères se fondent sur la présence d'une maladie musculo-squelettique inflammatoire, qu'il s'agisse de l'arthrite périphérique, de la spondylite ou de l'enthésite, et 3 points sont attribués selon les éléments de la liste suivante. On peut alors diagnostiquer l'arthrite psoriasique avec presque 90 % de souplesse et de précision. Voici les caractéristiques évaluées :

Les traumatismes et l'arthrite inflammatoire

- Présence actuelle de psoriasis, 2 points
 - ou antécédents de psoriasis,
 - ou antécédents familiaux de psoriasis, 1 point
- Preuves de maladie des ongles, 1 point
- Preuves de dactylite ou d'antécédents documentés par un rhumatologue, 1 point
- Facteur rhumatoïde négatif, 1 point
- Formation d'une masse périostique molle autour de l'articulation, 1 point

Histoire naturelle : lorsqu'elle n'est pas traitée, l'arthrite psoriasique est une maladie progressive et destructrice qui entraîne des difformités chez une importante proportion des patients atteints. Tel que mentionné, les patients développent des articulations ballantes ou fusionnées desquelles découle une importante invalidité fonctionnelle. Les facteurs prévisionnels de la détérioration des articulations comprennent l'activité de la maladie et les dommages causés par celle-ci, ainsi que certains facteurs génétiques. De plus, les patients atteints d'arthrite psoriasique sont exposés à un risque de décès plus élevé. Les facteurs prévisionnels de mortalité précoce comprennent l'activité de la maladie et la gravité de ses symptômes.

Rôle joué par les traumatismes dans l'arthrite psoriasique : tel qu'indiqué plus haut, il semblerait que les traumatismes jouent un rôle dans le développement de l'arthrite psoriasique. Toutefois, ce fait demeure controversé, car il n'existe que très peu d'études sur le lien existant entre les traumatismes et l'arthrite psoriasique. Il est impossible de réaliser une étude définitive, puisque celle-ci nécessiterait le suivi sur une très longue période d'un très grand nombre de personnes afin de pouvoir déterminer si les traumatismes mènent au développement de l'arthrite. Non seulement cela impliquerait l'investissement d'importantes sommes d'argent, mais également le déploiement d'efforts considérables en recherche sur une très longue période.

Résumé

L'arthrite inflammatoire est une forme d'arthrite se caractérisant par la présence d'inflammation au niveau des articulations périphériques, de la colonne vertébrale ou des enthèses. Bien qu'il n'existe aucune preuve directe démontrant que les traumatismes peuvent entraîner l'apparition de ces formes d'arthrite, sauf peut-être dans le cas de l'arthrite psoriasique, certains faits démontrent que le stress, qu'il soit physique ou émotionnel, peut causer l'aggravation de l'arthrite inflammatoire. Cela est très probablement attribuable à l'effet du stress sur le système immunitaire.

Sélection de références

Tehirian CV, Batho JM. Rheumatoid arthritis. [L'arthrite rhumatoïde] A. Clinical and laboratory manifestations. [Cas cliniques et de laboratoire]. Primer on the Rheumatic Diseases [Abécédaire des maladies rhumatismales] 13e édition. Klippel Jh, Stone JH Crofford LJ, While PJ (Eds). Springer 2008;114-121.

Waldenburger JM, Firestein GS. Rheumatoid Arthritis. [L'arthrite rhumatoïde] B. Epidemiology, pathology, and Pathogenesis. [Épidémiologie, pathologie et pathogenèse] Primer on the Rheumatic Diseases [Abécédaire des maladies rhumatismales] 13e édition. Klippel Jh, Stone JH Crofford LJ, While PJ (Eds). Springer 2008;122-132.

Stojanovich L, Mariasavljevich D. Stress as a trigger of autoimmune disease. [Le stress en tant que déclencheur des maladies auto-immunes] Autoimmunity Reviews 2007;7:209-13.

Van der Heijde D. Ankylosing Spondylitis. [La spondylite ankylosante] A. Clinical Features. [Caractéristiques cliniques] Primer on the Rheumatic Diseases [Abécédaire des maladies rhumatismales] 13e édition. Klippel Jh, Stone JH Crofford LJ, While PJ (Eds). Springer 2008;193-199.

Braun J. Ankylosing Spondylitis. [La spondylite ankylosante] B. Pathology and Pathogenesis. [Pathologie et pathogenèse] Primer on the Rheumatic Diseases [Abécédaire des maladies rhumatismales] 13e édition. Klippel Jh, Stone JH Crofford LJ, While PJ (Eds). Springer 2008;200-208.

Gladman DD. Psoriatic arthritis. [L'arthrite psoriasique] A. Clinical Features. [Caractéristiques cliniques] Primer on the Rheumatic Diseases [Abécédaire des maladies rhumatismales] 13e édition. Klippel Jh, Stone JH Crofford LJ, While PJ (Eds). Springer 2008;170-177. Ritchlin C. Psoriatic Arthritis. [L'arthrite psoriasique] B. Pathology and Pathogenesis. [Pathologie et pathogenèse] Primer on the Rheumatic Diseases [Abécédaire des maladies rhumatismales] 13e édition. Klippel Jh, Stone JH Crofford LJ, While PJ (Eds). Springer 2008; 178-184.