

Rhumatisme psoriasique compliqué d'une amylose rénale

Psoriatic arthritis complicated with renal amyloidosis

Rawda Sari-Hamidou¹, Mahfoud Cherif Benmoussa¹, Meriem Guedda¹, Kheira Kalem², Mustapha Benmansour³

¹ Service de Néphrologie, d'Hémodialyse et de Transplantation Rénale, CHU Tlemcen, Tlemcen – Algérie

² Service d'Anatomopathologie, CHU Hussein Dey, Alger – Algérie

³ Laboratoire Toximed, Université Abou Bakr Belkaid, Tlemcen – Algérie

Correspondance à :
Rawda SARI HAMIDOU
sarirawda13@yahoo.fr

DOI : <https://doi.org/10.48087/BJMSr.2015.2226>

Il s'agit d'un article en libre accès distribué selon les termes de la licence Creative Commons Attribution International License (CC BY 4.0), qui autorise une utilisation, une distribution et une reproduction sans restriction sur tout support ou format, à condition que l'auteur original et la revue soient dûment crédités.

RÉSUMÉ

Le rhumatisme psoriasique est une des formes les plus fréquentes de spondylarthropathies. Les manifestations articulaires peuvent précéder, accompagner ou suivre la dermatose quelle que soit la forme clinique. La forme périphérique représente 70% des cas, le plus souvent féminine sans association avec l'antigène HLAB27. Les manifestations rachidiennes sont plus fréquentes chez les hommes avec une association à l'antigène HLA B27 dans 50% des cas posant un problème de diagnostic différentiel avec la spondylarthrite ankylosante. Nous rapportons le cas d'une insuffisance rénale chronique dans un tableau d'atteinte articulaire diffuse avec limitation douloureuse des articulations et boiterie à la marche chez un patient aux antécédents de psoriasis. Une ponction biopsie rénale retrouve un aspect histopathologique d'amylose glomérulaire et vasculaire. La négativité des facteurs rhumatoïdes, la présence de l'antigène HLAB27 et l'aspect radiologique typique de spondylarthropathies permettent de retenir le diagnostic de rhumatisme psoriasique.

Mots Clés : Rhumatisme psoriasique ; Amylose AA ; Insuffisance rénale chronique ; Épuration extra rénale.

ABSTRACT

Psoriatic arthritis is one of the most common forms of spondyloarthropathies. Joint manifestations may precede, accompany or follow the dermatosis whatever the clinical form. The peripheral form represents 70% of cases, mostly in women, but no association with HLA B27. Spine manifestations are more common in men with an association with HLA B27 in 50% of cases with a problem of differential diagnosis of ankylosing spondylitis. We report a case of chronic renal failure, associated with joint involvement with painful limitation joints and limping in a patient with a history of psoriasis. Renal biopsy histopathology found a typical aspect of glomerular and vascular amyloidosis. The negativity of rheumatoid factor, the presence of HLA-B27 antigen and the typical radiographic appearance of spondyloarthropathies made us retain the diagnosis of psoriatic arthritis.

Keywords: Psoriatic arthritis; AA Amyloidosis; Chronic Kidney Disease; Extrarenal dialysis

التهاب المفاصل الصدفي معقد بالداء النشواني أأ

الملخص:

التهاب المفاصل الصدفي هو واحد من الأشكال الأكثر شيوعاً من التهاب الفقار. الأعراض المفصليّة قد تسبق، تترافق أو تتبع التهاب الجلد مهما كان الحالة السريرية. الشكل الطرفي يمثل 70% من الحالات، وجلبهم من النساء مع عدم وجود ارتباط بمولد المضاد الكريات البيض البشرية HLA B27. الأعراض على مستوى العمود الفقري هي الأكثر شيوعاً لدى الرجال مع وجود علاقة مع مولد مضاد الكريات البيض البشرية HLA B27 في 50% من الحالات مما يمثل مشكلة للتشخيص التفريقي مع التهاب الفقار اللاصق. نسرّد لكم حالة فشل كلوي مزمن في جدول تلف المفاصل منتشر مع الأم مفصليّة تقييدية، العرج عند المشي لدى مريض مع سوابق للصدفية. وجدت خزعة الكلى ظهور الأنسجة من الداء النشواني في الكبيبة والأوعية الدموية. انعدام عوامل الروماتويد، وجود مولد مضاد الكريات البيض البشرية HLA B27 والجانب الإشعاعي النموذجي من التهاب الفقار تمكن من تشخيص التهاب المفاصل الصدفي.

كلمات البحث: التهاب المفاصل الصدفي. الداء النشواني أأ. الفشل الكلوي المزمن، الإستبدال الكلوي

Pour citer l'article :

Sari Hamidou R, Cherif Benmoussa M, Guedda M, et al. Rhumatisme psoriasique compliqué d'une amylose rénale. *Batna J Med Sci* 2015;2(2):211-214. <https://doi.org/10.48087/BJMSr.2015.2226>

INTRODUCTION

Les Spondylarthrites (SpA) sont actuellement en pleine révolution. Les SpA regroupent 2 grandes pathologies : la Spondylarthrite Ankylosante (SA) et le Rhumatisme Psoriasique (RPso). Depuis plus de vingt ans, le diagnostic était basé sur un ensemble de signes selon les critères d'Armor (1) et ceux de l'ESSG (2). Les définitions de ces pathologies sont en train

d'être révisées, grâce aux progrès réalisés en matière d'imagerie. Les SpA sont classées ses dernières années selon un groupe d'expert, L'ASAS (*The Assessment of SpondyloArthritis international Society*) en deux catégories : Les formes axiales incluant la Spondylarthrite Ankylosante (SA) et les formes périphériques incluant le rhumatisme psoriasique. Une publication en 2009 a permis de définir de nouveaux critères de classification dans la SpA axiale (3). Une autre publication en 2011 a

permis de définir les critères de classification de la spondyloarthrite périphérique (4). Cette classification ne fait pas encore l'unanimité au sein de la communauté scientifique, qui continue de parler de RPso et non pas de forme périphérique. Pour améliorer la capacité diagnostique, les critères dits *classification criteria for psoriatic arthritis* (CASPAR) (5) ont été établis (Tableau 1).

Tableau 1 : Diagnostic du rhumatisme psoriasique selon les critères de CASPAR (5) (Se:91.4%, Sp: 98.7%), critère 1 + au moins 3 points.

1. Atteinte rhumatologique inflammatoire (périphérique, axiale ou enthésitique)	
2. Présence explicite de psoriasis à l'examen ou dans les antécédents :	
lésion psoriasique cutanée ou du scalp diagnostiquée par un médecin à l'examen physique	2
Notion de psoriasis selon le patient ou un médecin	1
Antécédent familial de psoriasis au 1er ou 2nd degré	1
3. Atteinte unguéale	
Dystrophie unguéale psoriasique à l'examen clinique : onycholyse, ongles ponctués ou hyperkératose	1
4. Négativité du facteur rhumatoïde	
Absence de FR sérique (ELISA ou néphélométrie)	1
5. Présence ou antécédent de dactylite	
Dactylite actuelle diagnostiquée par un médecin	1
Antécédent de dactylite constatée par un médecin	1
6. Aspect radiologique de construction osseuse	
Présence de signes radiographiques de construction osseuse juxta-articulaire (radiographies des mains et des pieds)	1

OBSERVATION

Mr. B.A, âgé de 69 ans était hospitalisé en néphrologie pour insuffisance rénale chronique découverte à un stade terminal. Dans ses antécédents, un psoriasis diagnostiqué et traité une année auparavant, à type de lésions squameuses au niveau des points d'appui (coude, genou) disparaissant en période estivale, associé à une raideur matinale articulaire améliorée par la prise d'anti-inflammatoires. L'examen clinique à son hospitalisation est marqué sur le plan dermatologique par la présence de psoriasis au niveau du conduit auditif externe, des coudes, des genoux et de la face antérieure de la jambe (figure 1), avec de petites ulcérations nasales. L'examen ostéoarticulaire fait de boiterie à la marche, d'arthralgies diffuses avec limitation douloureuse des articulations du coude droit et des deux genoux d'allure inflammatoire. Une raideur du rachis est évidente avec un indice de Schöber à 1 cm ; test qui permet de mesurer la flexion de la portion de la colonne vertébrale située au niveau des vertèbres lombaires, une distance occiput-mur à 7cm et une limitation du mouvement dans les trois plans de l'espace pour le rachis Cervical.

Les examens sanguins révèlent une urée à 28,4 mmol/L, une Créatinine à 1159,8 µmo/L, une vitesse de sédimentation à 113 mm alors que le taux de CRP était inférieur à 6 mg/L, les facteurs rhumatoïdes sont négatifs. L'examen des urines retrouve une protéinurie importante de plus de 3g/l, avec une hématurie.

L'exploration radiologique montre une soudure de l'articulation sacroiliaque (figure 2), aspect en triples railles du rachis et calcification vasculaire

La biopsie rénale met en évidence un parenchyme cortical



Figure 1 : lésions dermatologiques au niveau des genoux et de la face antérieure de la jambe.

comportant 28 glomérules, dont deux en pains à cacheter. La matrice mésangiale est le siège de substance anhisté eosinophile. Cette substance est colorée en rouge brique par le rouge Congo. L'interstitium est très remanié, fibro-inflammatoire. Les artéioles montrent des dépôts congophiles. L'aspect histologique est typique d'une amylose rénale (figure 3).



Figure 2 : soudure des articulations sacro-iliaques

DISCUSSION

Le diagnostic de spondylarthropathie est retenu chez ce patient avec un score à 11 des critères d'Armor (1) et l'association d'un critère majeur (douleurs rachidiennes inflammatoires) et deux critères mineurs de l'*European Spondylarthropathy Study Group* (ESSG)(2)(psoriasis, sacro ilOite radiologique). L'atteinte rhumatologique inflammatoire axiale et périphérique, le psoriasis dermatologique confirmé, la négativité des facteurs rhumatoïdes et l'aspect radiologique typique de SpA permettent de retenir le diagnostic de rhumatisme psoriasique selon les critères de « *classification criteria for psoriatic arthritis* (CASPAR) (5) (Tableau 1).

Le rhumatisme psoriasique a une fréquence équivalente entre les 2 sexes avec une apparition des symptômes entre 35 et 55 ans. Les patients sont généralement plus âgés que dans la spondylarthrite ankylosante, mais moins que dans la polyarthrite rhumatoïde. Habituellement, l'atteinte dermatologique précède l'atteinte ostéoarticulaire inflammatoire, comme c'est le cas dans 60% des cas environ. Il arrive dans

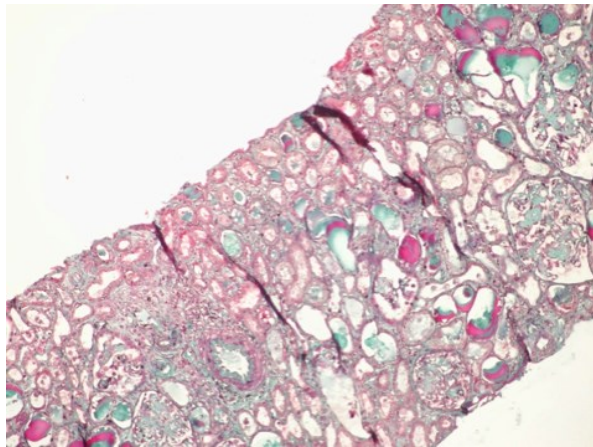


Figure 3 : Dépôts amyloïdes(dépôt anhistes colorés en rouge congo)

15 à 20% des cas que l'apparition des 2 types d'atteintes soit concomitante. Enfin, dans moins de 20% des cas, l'atteinte rhumatologique précède l'atteinte dermatologique.

Dans notre observation, le diagnostic de rhumatisme psoriasique a été largement prouvé selon différentes classifications (1,2,5). La découverte du psoriasis et de ses complications a été faite à un âge avancé, témoignant du retard diagnostique de la dermatose et du traitement non spécifique des douleurs articulaires. Dans une étude italienne, parmi 205 patients avec psoriasis, 75 patients soit 36% présentaient un rhumatisme psoriasique (6).

La physiopathologie du rhumatisme psoriasique est mal connue. On estime actuellement que la lésion psoriasique est en rapport avec une activation des lymphocytes T, ce qui rapprocherait le psoriasis des maladies auto-immunes (7,8). On retrouve aussi des lymphocytes T actives au niveau de la membrane synoviale et des enthèses. Le TNF α est impliqué dans le processus inflammatoire articulaire (8,9). Les Lymphocytes T et TNF α activent les chondrocytes (cellules du cartilage) et les ostéoclastes (cellules de l'os, responsables de la résorption osseuse lors du remodelage), participent ainsi à l'érosion osseuse (10,11).

L'étiologie de l'insuffisance rénale est une amylose AA secondaire au rhumatisme psoriasique. L'amylose est la complication rénale la plus fréquente au cours des rhumatismes inflammatoires. Il s'agit d'une amylose secondaire à une inflammation chronique, caractérisée par des dépôts extracellulaires de fibrilles de protéine AA (*amyloïd associated*). Cette protéine dérive de la protéine plasmatique SAA (*serum amyloid A*) circulante, sécrétée à des taux très élevés lors de la phase aiguë de l'inflammation. Dans les maladies inflammatoires chroniques, l'amylose AA présente des fréquences variables. Dans la polyarthrite rhumatoïde sa fréquence est estimée entre 5 et 10% des patients vivants avec une mortalité importante. Dans l'étude de Laakso *et al.* (12), 31 malades sont décédés d'amylose sur les 1 000 suivis pendant une période de 10 ans.

L'amylose est rare au cours de la spondylarthrite ankylosante. Elle survient dans les formes sévères à début précoce et périphérique, généralement de 7 à 15 ans après le début de la maladie (extrêmes entre 2 et 45 ans) (13,14). Dans le rhumatisme psoriasique, elles représentent une faible part des causes d'amylose AA (15). Chez notre patient les dépôts amyloïdes étaient diffus, et présents au niveau de

tous les glomérules, avec extension au niveau vasculaire expliquant la sévérité de l'atteinte (16). Cette amylose était responsable d'une destruction totale du capital néphronique.

L'Amélioration des lésions dermatologiques et articulaires après prise en charge en épuration extrarénale a été prouvée par certaines études, sans que le mécanisme exacte soit démontré. Chez vingt patients pris en charge en hémodialyse ou en dialyse péritonéale chronique, une nette amélioration des lésions dermatologiques et articulaires a été observée six mois plus tard. Notre patient n'est plus handicapé par ses douleurs articulaires et a retrouvé un meilleur confort de vie (17).

CONCLUSION

Les atteintes rénales au cours des rhumatismes inflammatoires chroniques doivent être connues car elles grèvent le pronostic vital. Leur dépistage actif est capital pour mettre en place les mesures thérapeutiques adaptées, et limiter leurs conséquences et ainsi une évolution défavorable vers l'insuffisance rénale. L'histologie rénale peut permettre de classer la maladie et guider sa prise en charge thérapeutique.

Déclaration d'intérêts : les auteurs ne déclarent aucun conflit d'intérêt en rapport avec cet article.

RÉFÉRENCES

1. Amor B., Dougados M.; Mijiyawa M. : Critères diagnostiques des spondylarthropathies. Rev Rhum 1990; 57 :85-9
2. Dougados M, van der Linden S, Juhlin R, Huitfeldt B, Amor B, Calin A, et al. The European Spondylarthropathy Study Group preliminary criteria for the classification of spondylarthropathy. Arthritis Rheum 1991;34:1218-27
3. Rudwaleit M. et al. The development of assessment of spondyloarthritis international society classification criteria for axial spondyloarthritis. Ann Rheum Dis 2009;68(6):777-783.
4. Rudwaleit M. et al. New ASAS classification criteria for peripheral spondyloarthritis. ARD 2011;70:25-31.
5. 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: 2665-73.
6. Salvarani C.; Lo scocco G.; Macchioni P. et al. Prevalence of psoriatic arthritis in Italian psoriatic patients. Journal of rheumatology Y. 1995, vol. 22, No. 8, pages 1499-1503
7. Leung YY. et al. Psoriatic arthritis as a distinct disease entity. J Postgrad Med 2007;53:63-71.
8. Veale D. and Fitzgerald O. Psoriatic arthritis. Best Pract Res Clin Rheumatol 2002;16:523-535.
9. Anandarajah AP and Ritchlin CT. Pathogenesis of psoriatic arthritis. Curr Opin Rheumatol 2004;16:338-343.

10. McGonagle D. Enthesitis: an autoinflammatory lesion linking nail and joint involvement in psoriatic disease. *J Eur Acad Dermatol Venereol* 2009;23(suppl 1):9-13.
11. Nograles KE. et al. New insights into the pathogenesis and genetics psoriatic arthritis. *Nat Clin Pract Rheumatol* 2009;5(2):83-91.
12. Laakso M., Mutru O., Isomäki H., Koota K. Mortality from amyloidosis and renal diseases in patients with rheumatoid arthritis. *Ann. Rheum. Dis.* 1986 ; 45 : 663-667
13. Gratacos J., Orellana C., Sanmarti R., et al. Secondary amyloidosis in ankylosing spondylitis. A systematic survey of 137 patients using abdominal fat aspiration. *J. Rheumatol.* 1997 ; 24 : 912-915
14. Bourgeois P., Kenouch S. Les lésions rénales de la spondylarthrite ankylosante. *L'actualité rhumatologique Paris: Expansion Scientifique Française* (1987). 19-24
15. Canuel C., Krulik M., Mougeot-Martin M., Laplanche A., Gintzburger S., Genot J.Y., et al. Psoriatic arthritis with renal amyloidosis. A case-report. Review of the literature. *Sem. Hop. Paris* 1982; 58 : 523-528
16. Uda H, Yokota A, Kobayashi K, et al. Two distinct clinical courses of renal involvement in rheumatoid patients with AA amyloidosis. *J Reumatol* ,2006;33:1482-1487
17. Kuruvila M. ; Mathew T. ; Sugathan P. ; Nair L.V. ;Departments of Skin and Venereology, and Department of Nephrology, Calicut Medical College, Calicut-673008, INDIA 1998, vol. 64, no3, pp. 146-149

Cet article a été publié dans le « *Batna Journal of Medical Sciences* » **BJMS**, l'organe officiel de « *l'association de la Recherche Pharmaceutique – Batna* »

Le contenu de la Revue est ouvert « Open Access » et permet au lecteur de télécharger, d'utiliser le contenu dans un but personnel ou d'enseignement, sans demander l'autorisation de l'éditeur/auteur.

Avantages à publier dans **BJMS** :

- Open access : une fois publié, votre article est disponible gratuitement au téléchargement
- Soumission gratuite : pas de frais de soumission, contrairement à la plupart des revues « Open Access »
- Possibilité de publier dans 3 langues : français, anglais, arabe
- Qualité de la relecture : des relecteurs/reviewers indépendants géographiquement, respectant l'anonymat, pour garantir la neutralité et la qualité des manuscrits.

Pour plus d'informations, contacter BatnaJMS@gmail.com
ou connectez-vous sur le site de la revue : www.batnajms.com

