



UNIVERSITÉ DU DROIT ET DE LA SANTÉ - LILLE 2  
**FACULTÉ DE MÉDECINE HENRI WAREMBOURG**

Année : 2018

THÈSE POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT  
DE DOCTEUR EN MÉDECINE

**Impact des comorbidités sur la qualité de vie des patients ayant un  
rhumatisme psoriasique : étude observationnelle multicentrique PSAQUAL**

Présentée et soutenue publiquement le 11 juin 2018 à 18h  
au Pôle Recherche  
**Par Wallis Bavière**

---

**JURY**

**Président :**

**Monsieur le Professeur René- Marc FLIPO**

**Assesseurs :**

**Madame le Professeur Delphine STAUMONT**

**Monsieur le Docteur Xavier DEPREZ**

**Monsieur le Docteur Eric HOUVENAGEL**

**Directeur de Thèse :**

**Monsieur le Professeur Julien PACCOU**

---

*BAVIERE Wallis*

## **AVERTISSEMENT**

La Faculté n'entend donner aucune approbation aux opinions émises dans les thèses : celles-ci sont propres à leurs auteurs.

*BAVIERE Wallis*

## **LISTE DES ABREVIATIONS**

RP	Rhumatisme Psoriasique
RIC	Rhumatisme Inflammatoire Chronique
SpA	Spondyloarthrite
PR	Polyarthrite Rhumatoïde
MICI	Maladie Inflammatoire Chronique Intestinale
CASPAR	Classification Criteria for Psoriatic Arthritis
ASAS	Assessment of Spondyloarthritis International Society
EULAR	European League Against Rheumatism
GRAPPA	Group for Research and Assessment of Psoriasis and Psoriatic Arthritis
SFR	Société Française de Rhumatologie
DAS	Disease Activity Score
PASI	Psoriasis Area Severity Index
EVA	Echelle Visuelle Analogique
BSA	Body Surface Area
SA	Spondylarthrite Ankylosante
CRP	C-Reactive Protein
AINS	Anti- Inflammatoire Non Stéroïdien
HR	Hazard Ratio
MDA	Minimal Disease Activity
SF36	36-Item Short Form Survey

*BAVIERE Wallis*

IMC	Indice de Masse Corporelle
DMO	Densité Minérale Osseuse
CCI	Charlson Comorbidity Index
PCS	Physical Component Score
MCS	Mental Component Score
PsAID	Psoriatic Arthritis Impact of Disease
IDM	Infarctus Du Myocarde
HTA	Hypertension Artérielle
AOMI	Artériopathie Oblitérante des Membres Inférieurs
OAP	Œdème Aigu Pulmonaire
AVC	Accident Vasculaire Cérébral
AIT	Accident Ischémique Transitoire
BPCO	Broncho-Pneumopathie Chronique Obstructive
SIDA	Syndrome d'Immuno- Déficience Acquise
ACP	Analyse en Composante Principale
VIF	Variance Inflation Factors
HAQ	Health Assessment Questionnaire
PsAQOL	Psoriatic Arthritis Quality of Life
DLQI	Dermatology Life Quality Index
SPI	Simplified Psoriasis Index

## TABLE DES MATIERES

<b>Résumé.....</b>	<b>11</b>
<b>Introduction.....</b>	<b>13</b>
<b>Matériels et méthodes.....</b>	<b>19</b>
I. Population.....	19
A) Recrutement des patients.....	19
B) Critères d'inclusion.....	19
C) Critères de non inclusion.....	20
II. Recueil des données.....	20
A) Origine des données.....	20
B) Nature des données.....	21
1. Caractéristiques démographiques et cliniques.....	21
2. Comorbidités.....	21
III. Critères d'évaluation.....	23
A) Activité de la maladie.....	23
B) Comorbidités.....	23
C) Score de Charlson.....	23
D) Questionnaire de qualité de vie SF36.....	24
E) Utilisation des critères d'évaluation dans l'analyse.....	26
IV. Analyse statistique.....	27
A) Méthode statistique.....	27
B) Nombre de participants nécessaire.....	30
C) Traitement des données recueillies.....	30

<b>Résultats</b> .....	<b>31</b>
I. Résultats de l'analyse descriptive.....	31
A) Caractéristiques démographiques et cliniques.....	31
B) Qualité de vie.....	35
C) Comorbidités.....	36
II. Résultats de l'analyse en composante principale.....	39
A) Résultats de l'analyse bivariée.....	39
B) Objectif principal : Association entre les comorbidités et la qualité de vie, selon les huit comorbidités principales retenues.....	40
C) Association entre les comorbidités et la qualité de vie, selon le score de Charlson.....	41
D) Association entre le nombre de comorbidités et la qualité de vie.....	42
<b>Discussion</b> .....	<b>44</b>
<b>Conclusion</b> .....	<b>52</b>
<b>Références bibliographiques</b> .....	<b>53</b>
<b>Annexes</b> .....	<b>58</b>
Annexe 1 : Critères CASPAR.....	58
Annexe 2 : Score PASI.....	58
Annexe 3 : Recommandations de prise en charge du risque cardio- vasculaire dans les rhumatismes inflammatoires, EULAR 2010.....	59
Annexe 4 : Comorbidités de la population.....	60
Annexe 5 : Auto-questionnaire.....	61

## **RESUME**

**Contexte :** Les patients ayant un rhumatisme psoriasique (RP) ont une altération importante de leur qualité de vie. Cette altération d'origine multifactorielle est vraisemblablement liée aux nombreuses comorbidités retrouvées chez ces patients. L'objectif de cette étude a été d'évaluer le lien entre les comorbidités et la qualité de vie des patients ayant un RP.

**Méthode :** Il s'agit d'une étude observationnelle, transversale et multicentrique. Les données sont issues d'un auto-questionnaire évaluant en particulier les comorbidités. Les scores de qualité de vie (SF36) et de Charlson ont été calculés pour chaque patient ainsi que les indices d'activités rhumatologique (DAS28-CRP) et dermatologique (PASI). Des analyses bivariées ont été réalisées pour étudier la relation entre les différents facteurs (comorbidités et activité de la maladie) et la qualité de vie. Tous les facteurs ont ensuite été inclus dans un modèle de régression linéaire multivariée, quel que soit leur association en analyse univariée, avec un ajustement sur les facteurs sociodémographiques.

**Résultats :** 124 patients ayant un RP de forme périphérique et répondant aux critères CASPAR ont été inclus entre janvier 2017 et mars 2018. Nos patients étaient en majorité des hommes (62,1%). L'âge moyen était de 52,6 ans ( $\pm 12,6$ ), avec un IMC moyen estimé à 27,9 kg/m<sup>2</sup> ( $\pm 5,6$ ). La durée moyenne d'évolution du RP était de 11,3 ans ( $\pm 9,6$ ) et 71% des patients étaient sous biothérapie. Après ajustement, il était mis en évidence une association entre la composante principale du SF36, le



*BAVIERE Wallis*

syndrome anxiodépressif ( $p < 0,0001$ ), le surpoids/obésité ( $p = 0,04$ ) et le DAS28-CRP ( $p < 0,0001$ ) tandis que les antécédents d'événements cardio-vasculaires étaient à la limite de la significativité.

**Conclusion : La qualité de vie des patients ayant un RP est un élément fondamental de leur prise en charge. Notre étude a retrouvé une association entre la présence d'un syndrome anxiodépressif, un surpoids/obésité et la qualité de vie des patients ayant un RP. Au-delà de l'obtention d'une activité minimale de la maladie, les rhumatologues doivent être conscients que la prise en charge de certaines comorbidités est essentielle dans l'amélioration de la qualité de vie des patients.**

## **INTRODUCTION**

Le rhumatisme psoriasique (RP) est un rhumatisme inflammatoire chronique (RIC) appartenant au groupe des spondyloarthrites (SpA). Il a été décrit initialement par Moll et Wright (1). La présentation clinique est polymorphe, avec une atteinte périphérique, axiale et/ou mixte. Il existe des formes mono-, oligo- et polyarticulaires (2). L'atteinte des interphalangiennes distales est particulièrement évocatrice. Il s'y associe habituellement un psoriasis cutané ou unguéal (3), et fréquemment des enthésites et des dactylites. Les formes axiales sont marquées par un syndrome pelvi-rachidien, associant rachialgies inflammatoires et pygalgies. On peut retrouver alors une atteinte ankylosante rachidienne avec des syndesmophytes, et/ou un tableau de sacroiliite. Certaines formes périphériques, dites mutilantes, sont particulièrement destructrices, avec des lésions d'ostéolyse, périostite, voire ankylose.

Le RP évolue sur un terrain HLA B27 chez 40 à 50% des patients. Le sex ratio est de 1:1 (4). La prévalence du RP est estimée à 0,19% dans la population anglo-saxonne. Dans cette population, le diagnostic de psoriasis précède celui de RP chez 72,4% des patients (5). La prévalence du RP chez les patients atteints de psoriasis varie entre 6 et 39% dans la littérature (4,6–8). Elle a été estimée récemment à 21% dans la population adulte française (9).

## *BAVIERE Wallis*

Les critères CASPAR (*Classification Criteria for Psoriatic Arthritis*) (10) sont utilisés comme critères de classification (utilisés pour le diagnostic par extension). L'utilisation des critères ASAS (*Assessment of Spondyloarthritis international Society*) est également possible (11). Dans les recommandations de prise en charge du RP de l'EULAR (*European League Against Rheumatism*) de 2015 (12,13), les indices DAS28 (*Disease Activity Score*) et PASI (*Psoriasis Area Severity Index*) sont reconnus comme des critères usuels d'activité et d'évaluation de l'efficacité des thérapeutiques.

L'évaluation et la prise en charge des comorbidités des patients atteints de SpA est une réelle préoccupation. L'étude COMOSPA (14) rapporte une prévalence élevée de comorbidités chez ces patients, notamment cardio-vasculaires, osseuses et digestives. Le même constat a été réalisé dans l'étude de Bremander *et al.* (15) avec en particulier un surrisque de diabète, d'hypertension artérielle et de coronaropathies, chez des patients atteints de spondylarthrite ankylosante (SA). C'est également le cas chez les patients atteints de RP. Dans les revues de la littérature de Jamnitski *et al.* (16) et de Polachek *et al.* (17), et dans l'étude de Gulati *et al.* (18), le surrisque de pathologies cardio-vasculaires et cérébrovasculaires est souligné. La prévalence des facteurs de risque cardio-vasculaire semble par ailleurs plus élevée chez les patients atteints de RP, en comparaison à ceux atteints de PR (19).

## *BAVIERE Wallis*

Ce surrisque semble étroitement lié à l'inflammation systémique retrouvée dans les RIC. D'après Johnsson *et al.* (20), les patients ayant un psoriasis cutané-articulaire, sont davantage touchés par l'obésité et le diabète que la population générale. L'inflammation du tissu adipeux, notamment par les lymphocytes T CD4 et CD8, pourrait être potentialisée par l'obésité et contribuer aux lésions de psoriasis. L'expression inadaptée d'adipokines, telles que la leptine, l'adiponectine, le TNF $\alpha$ , et l'interleukine 6 favoriserait un statut pro- inflammatoire, une dysfonction endothéliale et une insulino-résistance chez les patients atteints de psoriasis et de RP (3,4,20–22). L'usage fréquent des anti- inflammatoires non stéroïdiens (AINS) ou de la corticothérapie semble également y contribuer (14,23).

Ces comorbidités sont responsables tout d'abord d'une morbi-mortalité importante. Kristensen *et al.* (24) a également souligné l'impact médico-économique de leur prise en charge. Par ailleurs, la présence de comorbidités semble influencer la réponse thérapeutique. Dans l'étude de Ballegaard *et al.* (25), les comorbidités de 1750 patients atteints de RP ont été évaluées par le score de Charlson (*Charlson Comorbidity Index* ou CCI). Les patients présentant un CCI  $\geq 2$  avaient un moins bon maintien du premier anti-TNF $\alpha$ , en comparaison aux patients sans comorbidités (HR 1,72 [1,26-2,37],  $p=0,001$ ). Par ailleurs, selon Di Minno *et al.* (21), le surpoids semble freiner l'obtention de la *Minimal Disease Activity* (MDA), chez les patients présentant un RP et débutant un traitement par anti-TNF $\alpha$ . L'obésité était associée à un risque plus élevé de ne pas atteindre la MDA en comparaison aux patients ayant un IMC normal (HR 4,90 [3,04-7,87],  $p<0.001$ ).

## *BAVIERE Wallis*

Dans ce contexte, des mesures préventives semblent indispensables. Des recommandations de prise en charge cardio-vasculaire des RIC ont été publiées par l'EULAR en 2010 (23). Le contrôle de l'activité inflammatoire du rhumatisme, par l'utilisation précoce des traitements de fond, notamment le méthotrexate et les anti-TNF $\alpha$ , est encouragé pour diminuer le risque cardio-vasculaire (23,26,27). L'objectif thérapeutique est d'atteindre la rémission, définie comme l'absence de signe clinico-biologique d'activité inflammatoire, ou à défaut la MDA (13,28,29). Dans les recommandations GRAPPA (*Group for Research and Assessment of Psoriasis and Psoriatic Arthritis*) (30) de 2015, et dans celles de la SFR (*Société Française de Rhumatologie*) de 2018 (29), la nécessité d'une évaluation et d'un suivi régulier des comorbidités est soulignée.

Au-delà du contrôle de l'activité de la maladie et de la prise en charge des comorbidités, l'amélioration de la qualité de vie de nos patients devrait être l'une de nos préoccupations principales (13,31). Dans l'étude de Rosen *et al.* (32), la qualité de vie des patients atteints de RP semblait moins bonne que celle des patients atteints de psoriasis, selon le questionnaire HAQ (*Health Assessment Questionnaire*) (0,6 vs 0,1;  $p < 0,0001$ ) et la part physique du score SF36 (*36-Item Short Form Survey*) (49,7 vs 42,2;  $p < 0,0001$ ). Dans l'étude de Husted *et al.* (33), les patients atteints de RP rapportaient, dans l'évaluation de leur qualité de vie selon le score SF36, plus de vitalité mais plus de douleurs et de gêne liée aux problèmes émotionnels que les patients atteints de PR.

## *BAVIERE Wallis*

La qualité de vie perçue par le malade n'est pas toujours en accord avec l'évaluation du médecin. Cet écart peut être responsable d'incompréhension et d'insatisfaction du patient vis-à-vis de son traitement, lorsque les décisions thérapeutiques ne sont pas en adéquation avec sa propre perception. Dans l'étude de Desthieux *et al.* (34), il était constaté une forte discordance entre l'impact du RP évalué par le patient et celui évalué par le médecin. Chez 85,8% des patients, l'impact du RP évalué par le malade était supérieur à celui du médecin. Les composantes prédictives de discordance étaient la fatigue, les capacités d'adaptation et la participation sociale, soit des variables difficilement évaluables par le rhumatologue. Les mêmes difficultés d'évaluation sont constatées dans la PR (35).

L'évaluation de la qualité de vie par le patient est plurifactorielle. Tout d'abord, la qualité de vie semble étroitement liée à l'activité clinico- biologique du rhumatisme (36). Elle semble également liée à l'étendue du psoriasis (36). De plus, l'évaluation prend en compte des variables subjectives telles que l'asthénie (37) ou la présence d'un syndrome anxiodépressif (38). Par ailleurs, l'impact des comorbidités sur l'évaluation de la qualité de vie est moins bien documenté. Dans l'étude de Husted *et al.* (36), 42% des patients présentaient au moins trois comorbidités. La présence de plus de trois comorbidités entraînait une diminution de la qualité de vie estimée par le SF36, sur ses composantes à la fois mentale et physique. Néanmoins, c'est plus le type de comorbidités qui pourrait impacter la qualité de vie davantage que le nombre. Cela a été suggéré dans la PR (39).

## *BAVIERE Wallis*

Nous constatons donc chez les patients atteints de RP une prévalence importante de comorbidités, notamment cardio-vasculaires. Ces patients présentent par ailleurs une altération de la qualité de vie, celle-ci semblant d'origine plurifactorielle. Nous nous sommes intéressés au lien entre comorbidités et qualité de vie chez les patients atteints de RP. L'objectif principal de cette étude était d'évaluer l'association entre les comorbidités et la qualité de vie des patients ayant un RP. Notre hypothèse est qu'au-delà du nombre de comorbidités, c'est plus le type de comorbidités qui est associé à la qualité de vie.

## **MATERIELS ET METHODES**

### I. Population

#### A) Recrutement des patients

Il s'agit d'une étude observationnelle, transversale et multicentrique. Les patients sont issus des services de rhumatologie du CHRU de Lille, de l'Hôpital Saint-Philibert de Lomme (Groupe Hospitalier de l'Institut Catholique de Lille), et de l'Hôpital de Valenciennes. Les patients ayant un RP, vus dans les secteurs d'hospitalisation de jour, d'hospitalisation conventionnelle ou de consultation, ont été invités à participer à l'étude.

#### B) Critères d'inclusion

Les critères d'inclusion étaient les suivants :

- Homme ou femme d'au moins 18 ans,
- Diagnostic de rhumatisme psoriasique validé selon les critères CASPAR,
- Forme périphérique oligoarticulaire ou polyarticulaire, ou mixte avec une atteinte périphérique prédominante,
- Patient assuré social,
- Patient disposé à se conformer à toutes les procédures de l'étude et à sa durée.



## *BAVIERE Wallis*

### C) Critères de non inclusion

Les critères de non inclusion étaient les suivants :

- Personne incapable de lire et de s'exprimer en Français,
- Personne ayant des troubles cognitifs l'empêchant de remplir un auto-questionnaire,
- Femme enceinte ou allaitante,
- Personnes protégées (sous tutelle ou curatelle),
- Patient non affilié à un régime de sécurité sociale.

## II. Recueil des données

### A) Origine des données

Un auto-questionnaire sur les comorbidités a été utilisé dans le cadre de cette étude, adapté à partir de l'auto-questionnaire de comorbidités de Pouplin *et al.* (40). Chaque patient remplissait cet auto-questionnaire. Il était ensuite revu par l'investigateur de l'étude pour une revue médicale des données recueillies et un examen clinique rhumatologique et cutané. Le questionnaire de qualité de vie SF36 était également complété par chaque patient. Le score de Charlson était calculé par l'investigateur à partir du recueil des données concernant les comorbidités. Les indices d'activités rhumatologique (DAS28-CRP) et dermatologique (PASI et BSA), étaient calculés par l'investigateur pour chaque patient.

Le dossier médical informatique était relu par l'investigateur pour éventuellement compléter ou rectifier les informations obtenues par le biais de l'auto-questionnaire.

## *BAVIERE Wallis*

### B) Nature des données

#### 1. Caractéristiques démographiques et cliniques

Les caractéristiques recueillies étaient les suivantes :

- le sexe, l'âge, le poids, la taille
- le statut socio-éducatif, la catégorie socio-professionnelle, les conditions de vie et le statut conjugal
- le statut HLA B27, la durée d'évolution de la maladie (depuis la date du diagnostic), la présence ou non d'un psoriasis cutané, les manifestations extra-rhumatologiques (antécédents d'uvéite et de maladie inflammatoire chronique intestinale), les antécédents ou la présence lors de la consultation d'enthésite et de dactylite
- les indices d'activités :
  - activité rhumatologique estimée par le DAS28-CRP, calculé à partir du nombre d'articulations gonflées et douloureuses sur 28, de la CRP datant des 6 derniers mois, et de l'EVA maladie estimée par le patient.
  - sévérité de l'atteinte cutanée estimée par les scores PASI et BSA.
  - les thérapeutiques: la prise actuelle ou passée de traitements de fond conventionnels et de biothérapies, la prise actuelle et la dose d'anti-inflammatoires non stéroïdiens et de corticoïdes.

#### 2. Comorbidités

1. Événement(s) cardio-vasculaire(s) : Antécédent personnel d'infarctus du myocarde (IDM), d'angor, d'artérioplastie, d'accident

## *BAVIERE Wallis*

vasculaire cérébral (AVC), d'artériopathie oblitérante des membres inférieurs (AOMI), d'athérome carotidien (autodéclaré par le patient ou retrouvé dans le dossier médical)

2. Poids pathologique, calculé à partir de la taille et du poids autodéclarés par le patient
  - Obésité :  $IMC \geq 30\text{kg/m}^2$
  - Surpoids :  $IMC 25\text{-}30\text{kg/m}^2$
3. Diabète : pathologie autodéclarée par le patient ou retrouvée dans le dossier médical et/ou prise d'un traitement spécifique
4. Maladie pulmonaire chronique de type broncho-pneumopathie chronique obstructive (BPCO) ou asthme : pathologie autodéclarée par le patient ou retrouvée dans le dossier médical et/ou prise d'un traitement spécifique
5. Ostéoporose : antécédent de fracture après 40 ans et/ou antécédent de prise d'un traitement spécifique anti-ostéoporotique (hors supplémentation en vitamine D et/ou en calcium) et/ou densité minérale osseuse (DMO) avec T-score  $\leq -2,5$  (datant de moins de 5 ans)
6. Syndrome anxiodépressif
  - Dépression : autodéclarée par le patient ou retrouvée dans le dossier médical et/ou prise en charge par un professionnel de santé et/ou antécédent de traitement antidépresseur

## *BAVIERE Wallis*

- Anxiété : autodéclarée par le patient ou retrouvée dans le dossier médical et/ou prise en charge par un professionnel de santé et/ou antécédent de traitement anxiolytique
- 7. Cancer : pathologie autodéclarée par le patient ou retrouvée dans le dossier médical
- 8. Fibromyalgie : pathologie autodéclarée par le patient ou retrouvée dans le dossier médical

### III. Critères d'évaluation

#### A) Activité de la maladie

- DAS28-CRP
- PASI

#### B) Comorbidités

Les 8 comorbidités décrites précédemment étaient retenues dans les critères d'évaluation. Les patients présentant la comorbidité "Poids pathologique", étaient ceux présentant un surpoids ou une obésité. Le nombre de comorbidités, parmi les 8 principales, a été calculé pour chaque patient.

#### C) Score de Charlson

Le score de Charlson, établi en 1987 par Charlson (41), a également été choisi pour l'évaluation des comorbidités dans notre étude. Il permet une évaluation globale des comorbidités des patients, et est prédictif de la mortalité toutes causes confondues à

### *BAVIERE Wallis*

un an. Ses atouts sont: son caractère généraliste et sa simplicité d'utilisation. Ce score évalue la présence de 19 comorbidités: infarctus du myocarde, OAP cardiogénique, artériopathie, AVC ou AIT, démence, maladie pulmonaire chronique, connectivite, ulcère gastroduodéal, hépatopathie peu sévère, diabète sans complication, diabète compliqué, hémiplegie, néphropathie modérée ou sévère, cancer non métastatique, leucémie, lymphome ou myélome multiple, hépatopathie modérée à sévère, cancer métastatique, SIDA. L'âge du patient est également pris en compte, avec une cotation selon les catégories suivantes: moins de 60 ans, 60-69ans, 70-79ans, 80-89ans, 90ans et plus. Un score final, de 1 et 42, est attribué à chaque patient.

#### D) Questionnaire de qualité de vie SF36

Nous avons choisi d'évaluer la qualité de vie des patients par le questionnaire SF36. Celui-ci a été proposé par Ware *et al.* (42) en 1992 et son utilisation dans le RP a été validée par Husted *et al.* (43) en 1997. Le score SF36 est un auto-questionnaire rempli par le patient. D'autres outils d'évaluation de la qualité de vie auraient pu être utilisés (44–46) : le score HAQ, le score PsAQOL (*Psoriatic Arthritis Quality of Life*), et les scores cutanés DLQI (*Dermatology Life Quality Index*) ou SPI (*Simplified Psoriasis Index*).

Le score SF36 permet d'évaluer la qualité de vie selon différentes thématiques, à travers 36 questions.

## *BAVIERE Wallis*

Les huit thématiques évaluées sont les suivantes :

- Fonctionnement physique ou *Physical functioning* (PF),
- Limitations fonctionnelles liées aux problèmes physiques ou *Role limitations due to physical health problems* (RP),
- Limitations fonctionnelles liées aux problèmes émotionnels ou *Role limitations due to emotional problems* (RE),
- Energie/Fatigue/Vitalité ou *Energy/fatigue/vitality* (VIT),
- Perception globale de la santé ou *General health perception* (GH),
- Fonctionnement social ou *Social functioning* (SF),
- Douleur physique ou *Bodily pain* (BP),
- Santé mentale générale ou *General mental health* (MH).

Un score entre 1 et 5 est attribué initialement à chaque question. Puis un score entre 0 et 100 est attribué à chaque thématique après analyse. Le meilleur état de santé correspond au score 100.

De plus, le score SF36 évalue l'évolution de l'état de santé depuis l'année précédente: Evolution de la santé ou *Health change*.

Par ailleurs, il permet d'estimer la qualité de vie selon deux composantes, mentale (*Mental Component Score*, MCS) et physique (*Physical Component Score*, PCS).

Le MCS est calculé à partir des catégories suivantes :

- Limitations fonctionnelles liées aux problèmes émotionnels ou *Role limitations due to emotional problems* (RE),

## *BAVIERE Wallis*

- Energie/Fatigue/Vitalité ou *Energy/fatigue/vitality* (VIT),
- Perception globale de la santé ou *General health perception* (GH),
- Fonctionnement social ou *Social functioning* (SF).

Le PCS est calculé à partir des catégories suivantes :

- Fonctionnement physique ou *Physical functioning* (PF),
- Limitations fonctionnelles liées aux problèmes physiques ou *Role limitations due to physical health problems* (RP),
- Douleur physique ou *Bodily pain* (BP),
- Santé mentale générale ou *General mental health* (MH).

### E) Utilisation des critères d'évaluation dans l'analyse

- Objectif principal : association entre les comorbidités et la qualité de vie  
L'analyse a inclus 7 des 8 comorbidités retenues. La fibromyalgie n'a pas pu être incluse dans l'analyse, devant le nombre insuffisant de patients présentant cet antécédent. L'analyse a également inclus l'activité de la maladie évaluée par les variables DAS28-CRP et PASI.
- Association entre les comorbidités, évaluées par le score de Charlson, et la qualité de vie : L'analyse a inclus le score de Charlson et l'activité de la maladie, évaluée par les variables DAS28-CRP et PASI.
- Association entre le nombre de comorbidités et la qualité de vie : L'analyse a inclus le nombre de comorbidités et l'activité de la maladie, évaluée par les variables DAS28-CRP et PASI.
- La prévalence des comorbidités a par ailleurs été évaluée.

## *BAVIERE Wallis*

### IV. Analyse statistique

#### A) Méthode statistique

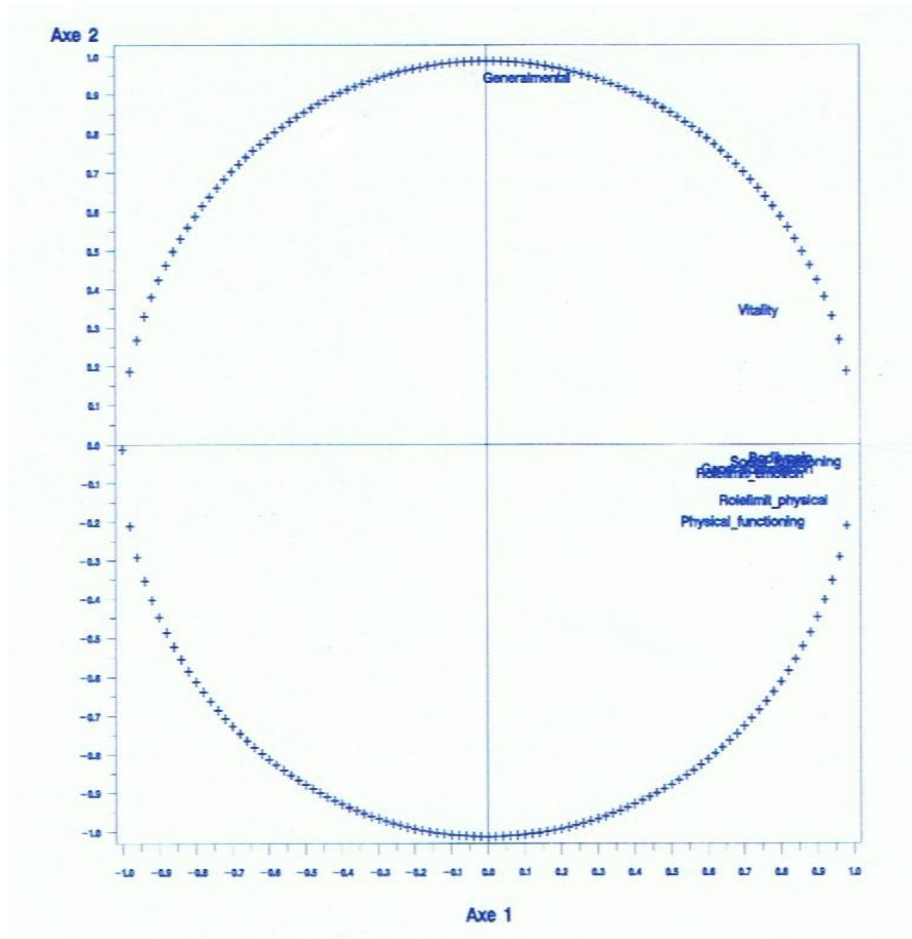
Les analyses statistiques ont été réalisées à l'aide du logiciel SAS (version 9.4) et conduites au sein de la plateforme d'aide méthodologique du CHRU de Lille sous la responsabilité du Pr A.Duhamel. Tous les tests statistiques sont bilatéraux avec un risque de première espèce de 5%.

Les variables qualitatives sont décrites par les effectifs et pourcentages de chaque modalité. Les variables quantitatives sont décrites par la moyenne et l'écart type en cas de distribution gaussienne, ou par la médiane et l'interquartile (i.e. 25ième et 75ième percentiles) dans le cas contraire. La normalité des distributions a été vérifiée graphiquement par des histogrammes et par le test de Shapiro-Wilk.

La qualité de vie (score SF36) est représentée par 8 sous-scores. Une analyse en composante principale (ACP) a été menée pour explorer le nombre de dimensions de la qualité de vie. Le principe de l'ACP est de diminuer le nombre de dimensions de l'échelle de qualité de vie, pour ainsi ne plus analyser 8 sous-scores mais 1 ou 2 dimensions qui représentent au mieux les 8 sous-scores. Une dimension peut être retenue quand elle explique plus de 30% de la variance totale. Dans notre cas, la dimension principale (axe 1), nommée première composante principale, expliquait 50.2% de la variance totale (**Figure 1**). On retrouvait une forte corrélation entre les 8 sous-scores du SF36 et la première composante principale. Celle-ci a donc été utilisée pour l'analyse statistique.



Figure 1: Cercle de corrélation des dimensions n°1 et n°2 retrouvées lors de l'ACP



Une corrélation varie de -1 à 1. Un résultat proche de 0 traduit une absence de corrélation. Un résultat proche de 1 ou -1 traduit une forte corrélation.

Des analyses bivariées ont été réalisées dans un premier temps pour étudier la relation entre les différents facteurs (comorbidités et activité de la maladie) et la qualité de vie (première composante de l'ACP). Le lien entre la qualité de vie et chaque facteur quantitatif a été étudié par un test de corrélation de Spearman (au vu de la normalité des variables), et le lien entre la qualité de vie et chaque facteur

## *BAVIERE Wallis*

qualitatif par un test t de Student (ou un test U de Mann-Whitney selon la normalité du score de qualité de vie). Un ajustement a été réalisé en fonction : de l'âge, du sexe, de la durée d'évolution de la maladie depuis le diagnostic, du niveau socio-éducatif (enseignement supérieur versus autres catégories), de l'activité professionnelle (activité professionnelle versus autres catégories), du statut conjugal (marié versus autres catégories).

Tous les facteurs ont ensuite été inclus dans un modèle de régression linéaire multivariée, quel que soit leur association en analyse univariée. La simplification de ce modèle a été effectuée par une procédure de sélection descendante au niveau de significativité 0,10. La colinéarité entre les variables incluses dans le modèle multivarié a été examinée par le calcul du facteur d'inflation de la variance (VIF, *Variance Inflation Factors*). Un diagnostic de régression du modèle final (normalité et homocédasticité des résidus, valeurs influentes) a été réalisé. Un ajustement du même type que pour l'analyse bivariée a été réalisé pour l'analyse multivariée.

Pour les objectifs secondaires, la même stratégie d'analyse que pour l'objectif principal a été utilisée.

La prévalence des différentes comorbidités étudiées est décrite par leur fréquence et l'intervalle de confiance à 95% (méthode exacte de Clopper-Pearson, intervalle asymétrique).

## *BAVIERE Wallis*

### B) Nombre de participants nécessaire

L'analyse statistique employée était une régression linéaire multivariée. Il n'existe pas de méthode consensuelle pour calculer un nombre de sujets basé sur des hypothèses statistiques pour une régression multivariée. Nous pensions recruter un total de 110 patients sur une période de 14 mois. Avec cette effectif et l'heuristique de disposer d'au moins 10 sujets par facteur étudié, il était donc possible d'inclure 11 variables indépendantes dans l'analyse multivariée, ce qui apparaissait réaliste au regard de l'objectif principal.

### C) Traitement des données recueillies

Les données étaient recueillies à l'aide de l'auto-questionnaire, du questionnaire SF36, du score de Charlson et des paramètres d'activité du RP. Ces données étaient ensuite saisies par l'investigateur sur Open Office Calc. Le stockage des données était réalisé sur un ordinateur, connecté au réseau sécurisé du CHRU, uniquement accessible aux personnes autorisées grâce à leur carte d'établissement personnelle. Le contrôle de qualité de la base de données était réalisé sur ce même ordinateur. Les données du SF36 ont été calculées à l'aide d'un outil informatique. L'outil permettait d'obtenir les huit thématiques du SF36. Les sauvegardes étaient effectuées lors de chaque modification du tableau de saisie. Les auto-questionnaires remplis par les patients étaient conservés par l'investigateur principal.

## RESULTATS

Les patients ont été inclus entre janvier 2017 et mars 2018: 57 patients au CHRU de Lille (46%), 31 patients à l'Hôpital Saint-Philibert (25%) et 36 patients à l'Hôpital de Valenciennes (29%), soit un total de 124 patients.

### I. Résultats de l'analyse descriptive

#### A) Caractéristiques démographiques et cliniques

Les caractéristiques des patients sont détaillées dans les **Tableaux 1A** et **1B**. Nos patients étaient en majorité des hommes (62,1%). L'âge moyen était de 52,6 ans ( $\pm 12,6$ ), avec un IMC moyen estimé à 27,9 kg/m<sup>2</sup> ( $\pm 5,6$ ). La durée moyenne d'évolution du RP était de 11,3 ans ( $\pm 9,6$ ). Concernant le travail, 44,4% des patients avaient une activité professionnelle, et 28,2% étaient à la retraite.

La majorité des patients présentait une forme périphérique (59,7%). On observait un génotype HLA-B27 chez 16,1% des patients. On observait chez 94,4% des patients un antécédent de psoriasis, et chez 62,9% un psoriasis cutané lors de l'inclusion dans cette étude. On observait chez 36,3% des patients un antécédent de dactylite, chez 22,6% un antécédent d'enthésite et chez 7,2% une MICI. Le nombre moyen d'articulations gonflées et douloureuses était respectivement de 0,7 ( $\pm 1,5$ ) et 1,6 ( $\pm 2,7$ ). Le DAS28-CRP moyen était de 2,7 ( $\pm 1,1$ ). Parmi les patients, 54,8% étaient en rémission selon le DAS28-CRP (DAS28-CRP $\leq$ 2,6). Seuls 5,7% des

## BAVIERE Wallis

patients avaient un RP très actif (DAS28-CRP > 5,1). Le score PASI moyen était de 2,9 ( $\pm 5,4$ ). On notait un score PASI compris entre 0 et 10 chez 54,8% des patients, et un score PASI sévère (PASI  $\geq 10$ ) chez 8,1% des patients.

Parmi les patients, 83,9% avaient déjà reçu un csDMARD avant l'inclusion, dont 74,2% du méthotrexate. Les patients ayant déjà reçu un biologique étaient évalués à 73,4%. A noter, 0,8% des patients avaient déjà reçu du tocilizumab, 0,8% du rituximab, 0,8% de l'abatacept, et 0,8% de l'apremilast. Lors de l'inclusion, 34,7% des patients étaient traités par un csDMARD, et 71% par un biologique. A noter, 1% des patients étaient traités par de l'apremilast.

**Tableau 1A : Caractéristiques démographiques et cliniques de la population**

Variables	Population totale, n=124
<b>Caractéristiques démographiques</b>	
Age (année), moyenne ( $\pm$ écart-type)	52,6 ( $\pm 12,6$ )
Hommes, n (%)	77 (62,1)
Poids (kg), moyenne ( $\pm$ écart-type)	82,5 ( $\pm 18,1$ )
Taille (cm), moyenne ( $\pm$ écart-type)	170 ( $\pm 10$ )
IMC (kg/m <sup>2</sup> ), moyenne ( $\pm$ écart-type)	27,9 ( $\pm 5,6$ )
<b>Données épidémiologiques</b>	
<b>Niveau socio- éducatif</b>	
Niveau inférieur ou égal au 1 <sup>e</sup> cycle d'enseignement secondaire, n (%)	22 (17,7)
Niveau égal au cycle d'enseignement 2 <sup>nd</sup> , n (%)	68 (54,8)
Niveau de l'enseignement supérieur, n (%)	34 (27,4)
<b>Catégorie socio-professionnelle</b>	
<b>En activité, n (%)</b>	<b>55 (44,4)</b>
Agriculteur, n (%)	1 (0,8)

*BAVIERE Wallis*

Artisan, commerçant, chef d'entreprise, n (%)	4 (3,2)
Cadre et profession intellectuelle supérieure, n (%)	13 (10,5)
Profession intermédiaire, n (%)	3 (2,4)
Employé, n (%)	27 (21,8)
Ouvrier, n (%)	7 (5,7)
<b>A la retraite, n (%)</b>	<b>35 (28,2)</b>
Agriculteur, n (%)	0 (0)
Artisan, commerçant, chef d'entreprise, n (%)	0 (0)
Cadre et profession intellectuelle supérieure, n (%)	6 (4,8)
Profession intermédiaire, n (%)	1 (0,8)
Employé, n (%)	22 (17,8)
Ouvrier, n (%)	6 (4,8)
<b>Autre, n (%)</b>	<b>34 (27,4)</b>
<b>Conditions de vie</b>	
Au domicile, n (%)	123 (99,2)
En institution, n (%)	1 (0,8)
Seul, n (%)	39 (31,5)
En couple, n (%)	85 (68,5)
<b>Statut conjugal</b>	
Pacsé, n (%)	0 (0)
Marié, n (%)	70 (56,4)
Veuf, n (%)	7 (5,7)
Divorcé, n (%)	8 (6,4)
Célibataire ou union libre, n (%)	39 (31,5)

**Tableau 1B : Caractéristiques des patients ayant un rhumatisme psoriasique**

Variables	Population totale, n=124
<b>Caractéristiques du rhumatisme</b>	
Durée d'évolution (année), moyenne ( $\pm$ écart-type)	11,3 ( $\pm$ 9,6)
Forme périphérique, n (%)	74 (59,7)
Forme mixte, n (%)	50 (40,3)

*BAVIERE Wallis*

Génotypage HLA B27 positif, n (%) *	20 (16,1)
Antécédent de psoriasis, n (%)	117 (94,4)
Psoriasis actuel, n (%)	78 (62,9)
MICI, n (%)	9 (7,2)
Uvéite, n (%)	7 (5,7)
Antécédent d'enthésite, n (%)	28 (22,6)
Enthésite actuelle, n (%)	9 (7,3)
Antécédent de dactylite, n (%)	45 (36,3)
Dactylite actuelle, n (%)	7 (5,7)
<b>CRP (mg/l), moyenne (±écart-type)</b>	13,2 (±35,2)
NAG, moyenne (±écart-type)	0,7 (±1,5)
NAD, moyenne (±écart-type)	1,6 (±2,7)
<b>Score DAS28-CRP, moyenne (±écart-type)</b>	2,7 (±1,1)
Rémission soit DAS28-CRP ≤2,6, n (%)	68 (54,8)
Activité faible soit 2,6 < DAS28-CRP ≤ 3,2, n (%)	20 (16,1)
Activité modérée 3,2 < DAS28-CRP ≤ 5,1, n (%)	29 (23,4)
Activité importante soit DAS28-CRP > 5,1, n (%)	7 (5,7)
<b>Score PASI, moyenne (±écart-type)</b>	2,9 (±5,4)
PASI=0, n (%)	46 (37,1)
0<PASI<10, n (%)	68 (54,8)
PASI≥10, n (%)	10 (8,1)
<b>Score BSA</b>	
BSA=0, n (%)	46 (37,1)
0<BSA<30, n (%)	73 (58,9)
BSA≥30, n (%)	5 (4,0)
<b>Traitements</b>	
<b>Antécédent de csDMARD, n (%)</b>	104 (83,9)
Méthotrexate, n (%)	92 (74,2)
Salazopyrine, n (%)	36 (29,3)
Léflunomide, n (%)	40 (32,3)
Autres	24 (19,4)
<b>csDMARD actuel, n (%)</b>	43 (34,7)
Méthotrexate, n (%)	31 (25,0)

## BAVIERE Wallis

Salazopyrine, n (%)	2 (1,6)
Léflunomide, n (%)	4 (3,3)
<b>Antécédent de Biologique, n (%)</b>	<b>91 (73,4)</b>
Infliximab, n (%)	47 (37,9)
Etanercept, n (%)	47 (37,9)
Adalimumab, n (%)	47 (37,9)
Certolizumab, n (%)	9 (7,3)
Golimumab, n (%)	15 (12,1)
Ustekinumab, n (%)	15 (12,1)
Secukinumab, n (%)	9 (7,3)
<b>Biologique actuel, n (%)</b>	<b>88 (71,0)</b>
Infliximab, n (%)	31 (25,0)
Etanercept, n (%)	21 (16,9)
Adalimumab, n (%)	15 (12,1)
Certolizumab, n (%)	4 (3,2)
Golimumab, n (%)	5 (4,0)
Ustekinumab, n (%)	8 (6,5)
Secukinumab, n (%)	4 (3,2)
<b>AINS actuel, n (%)</b>	<b>20 (16,1)</b>
<b>Corticothérapie actuelle, n (%)</b>	<b>16 (12,9)</b>

\*recherche du génotypage HLA B27 réalisée chez 54 patients

### B) Qualité de vie

Les scores des différentes thématiques du SF36 sont détaillés dans le **Tableau 2**.

Les huit thématiques principales ont été rapportées, ainsi que la thématique évolution de la santé.

Les thématiques les plus altérées étaient la vitalité : 39,6 ( $\pm$ 20,2), la douleur physique: 40,8 ( $\pm$ 28,5), la santé mentale générale : 45,8 ( $\pm$ 19,7), et la perception globale de la santé : 41,6 ( $\pm$ 15,1). La thématique la plus haute était le fonctionnement social : 66,8 ( $\pm$ 30,6).



**Tableau 2 : Qualité de vie de la population évaluée par le score SF36**

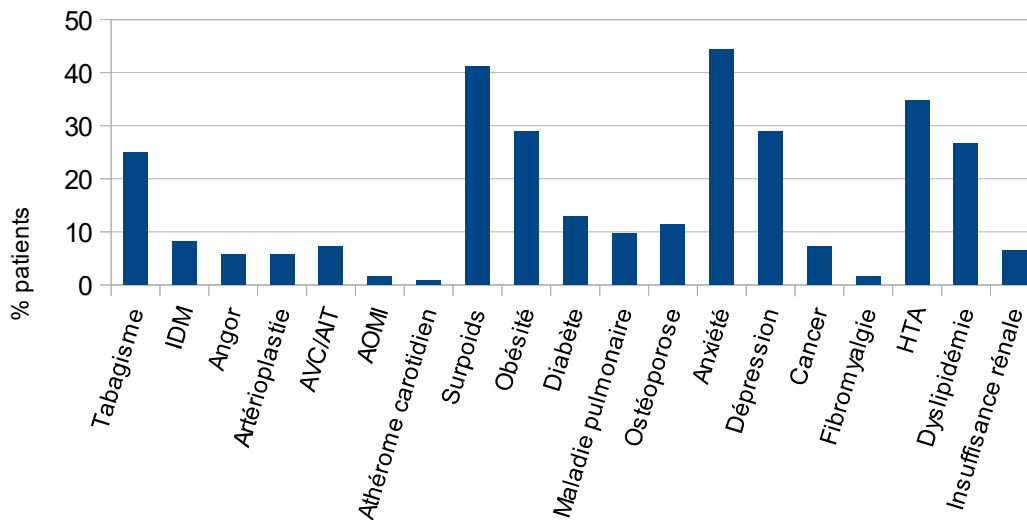
Items du SF36	Population totale, n=124
8 thématiques, moyenne (±écart-type)	
Fonctionnement physique	62,1 (±26,6)
Limitations fonctionnelles liées aux problèmes physiques	48,4 (±40,9)
Limitations fonctionnelles liées aux problèmes émotionnels	60,2 (±43,5)
Vitalité	39,6 (±20,2)
Perception globale de la santé	41,6 (±15,1)
Fonctionnement social	66,8 (±30,6)
Douleur physique	40,8 (±28,5)
Santé mentale générale	45,8 (±19,7)
Evolution de la santé	51,2 (±25,3)

C) Comorbidités

L'ensemble des comorbidités des patients sont détaillées dans la **Figure 2** et le **Tableau 3**. Les 8 principales comorbidités sont détaillées dans la **Figure 3**.

**Figure 2**

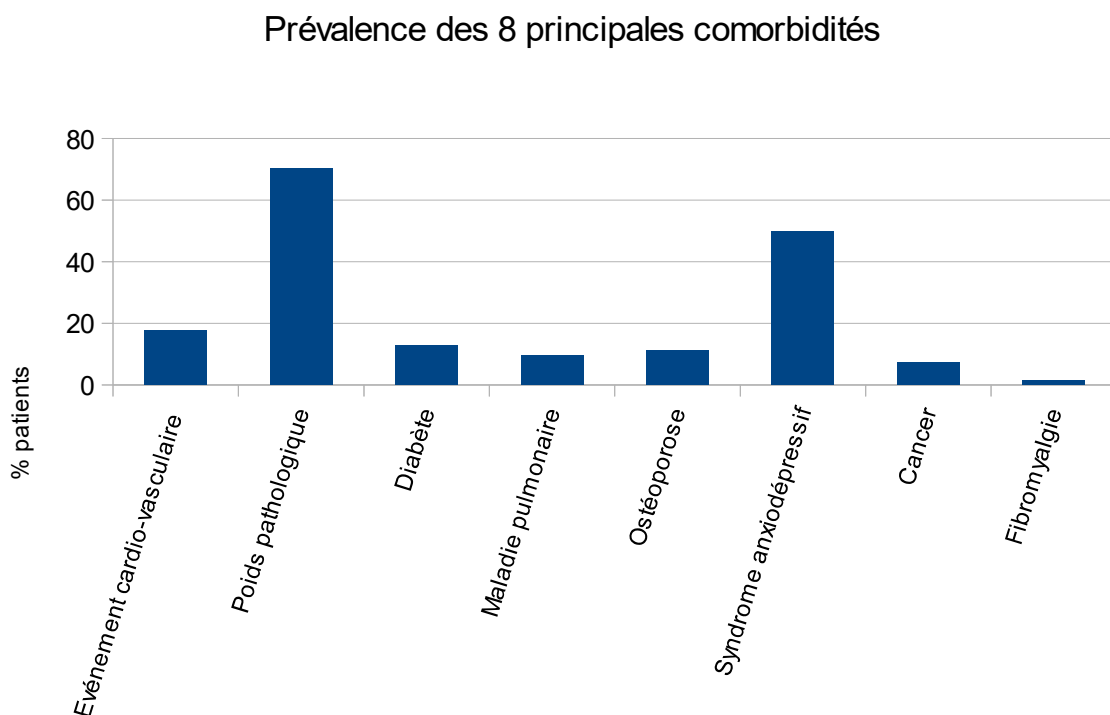
Prévalence des comorbidités



## BAVIERE Wallis

Un antécédent de tabagisme actif ou sévère depuis moins de 3 ans était retrouvé chez 25,0% des patients. Un antécédent d'événement cardio-vasculaire était observé chez 17,7% des patients, avec 8,1% des patients présentant un antécédent d'IDM et 7,3% un antécédent d'AVC ou d'AIT. Concernant l'IMC, 41,1% des patients étaient en surpoids, et 29,0% étaient obèses. Un diabète était retrouvé chez 12,9% des patients, une maladie pulmonaire (BPCO ou asthme) chez 9,7% des patients, et une ostéoporose chez 11,3% des patients. Un syndrome anxiodépressif était retrouvé chez 50,0% des patients. Par ailleurs, 7,3% des patients avaient un antécédent de cancer. Un antécédent de fibromyalgie était retrouvé chez seulement 1,6% des patients. On observait une hypertension artérielle chez 34,7% des patients, une dyslipidémie chez 26,6 % des patients, et une insuffisance rénale (tous stades confondus) chez 6,5 % des patients.

**Figure 3**



## BAVIERE Wallis

Le score de Charlson était en moyenne de 2,4 ( $\pm 1,6$ ). Le nombre moyen de comorbidités, parmi les 8 comorbidités principales retenues, était de 1,8 ( $\pm 1,0$ ). On retrouvait 21,8% des patients présentant au moins 3 comorbidités.

**Tableau 3 : Prévalence des comorbidités**

Comorbidité, prévalence (%), IC 95%	Population totale, n=124
<b>Événement cardio-vasculaire</b>	17,7 [11,5-25,6]
▪ IDM	8,1 [3,9-14,3]
▪ Angor	5,7 [2,3-11,3]
▪ Artérioplastie	5,7 [2,3-11,3]
▪ AVC/AIT	7,3 [3,4-13,3]
▪ AOMI	1,6 [0,2-5,7]
▪ Athérome carotidien	0,8 [0,0-4,4]
<b>Poids pathologique</b>	70,2 [61,3-78,0]
▪ Surpoids	41,1 [32,4-50,3]
▪ Obésité	29,0 [21,2-37,9]
<b>Diabète</b>	12,9 [7,6-20,1]
<b>Maladie pulmonaire (BPCO ou asthme)</b>	9,7 [5,1-16,3]
▪ BPCO	2,4 [0,5-6,9]
▪ Asthme	7,3 [3,4-13,3]
<b>Ostéoporose</b>	11,3 [6,3-18,2]
<b>Syndrome anxiodépressif</b>	50,0 [40,9-59,1]
▪ Anxiété	44,4 [35,4-53,6]
▪ Dépression	29,0 [21,2-37,9]
<b>Cancer</b>	7,3 [3,4-13,3]
<b>Fibromyalgie</b>	1,6 [0,2-5,7]
HTA	34,7 [26,4-43,8]
Dyslipidémie	26,6 [19,1-35,3]
Insuffisance rénale	6,5 [2,8-12,3]

## BAVIERE Wallis

### II. Résultats de l'analyse en composante principale

#### A) Résultats de l'analyse bivariée

Des analyses bivariées ont été réalisées dans un premier temps pour étudier la relation entre chacun des différents facteurs (chacune des comorbidités et chaque critère d'activité du RP) et la composante principale du SF36. Les résultats de cette analyse sont détaillés dans les **Tableaux 4 et 5**.

En analyse bivariée, après ajustement, on retrouvait un lien entre le score DAS28-CRP ( $p < 0,0001$ ) et la composante principale du SF36. On retrouvait également un lien entre le nombre de comorbidités ( $p = 0,0002$ ) et la composante principale du SF36. On ne retrouvait par contre pas de lien avec le score PASI ( $p = 0,36$ ) et avec le score de Charlson ( $p = 0,45$ ).

**Tableau 4 : Lien entre les variables étudiées et la composante principale du SF36. Test bivarié.**

Variable	p	p ajusté *
Score DAS28-CRP	<0,0001	<0,0001
Score PASI	0,39	0,36
Charlson	0,17	0,45
Nombre de comorbidités	<0,0001	0,0002

\*Analyse ajustée sur: âge, sexe, durée d'évolution, niveau socio-éducatif, activité, statut conjugal

Concernant les comorbidités, on retrouvait un lien entre le syndrome anxiodépressif ( $p < 0,0001$ ) et la composante principale du SF36. De plus, on observait un lien entre la maladie pulmonaire ( $p = 0,012$ ) et la composante principale du SF36. C'était

## BAVIERE Wallis

également le cas pour le cancer ( $p=0,047$ ). On ne retrouvait pas de lien pour les autres comorbidités étudiées. La comorbidité fibromyalgie n'a pas pu être étudiée devant le nombre insuffisant de patients présentant cette comorbidité.

**Tableau 5 : Lien entre les comorbidités et la composante principale du SF36.**

### Test bivarié.

Comorbidité	p	p ajusté *
Événement cardio-vasculaire	0,15	0,18
Poids pathologique	0,31	0,33
Diabète	0,51	0,89
Maladie pulmonaire (BPCO ou asthme)	0,06	0,012
Ostéoporose	0,14	0,20
Syndrome anxiodépressif	<0,0001	<0,0001
Cancer	0,15	0,047

\*Analyse ajustée sur: âge, sexe, durée d'évolution, niveau socio-éducatif, activité, statut conjugal

B) Objectif principal : Association entre les comorbidités et la qualité de vie, selon les huit comorbidités principales retenues

Les résultats sont détaillés dans les **Tableaux 6A** et **6B**. Il était recherché un lien entre les comorbidités, l'activité de la maladie et la composante principale du SF36. En analyse multivariée, après ajustement, on retrouvait un lien entre le poids pathologique ( $p=0,04$ ), l'antécédent de syndrome anxiodépressif ( $p<0,0001$ ), le score DAS28-CRP ( $p<0,0001$ ) et la composante principale du score SF36. Les antécédents d'événements cardiovasculaires étaient à la limite de la significativité ( $p=0,07$ ).

**Tableau 6A : Lien entre les comorbidités, l'activité de la maladie et la qualité de vie. Test multivarié. R square = 0,4394.**

Variable	Coefficient	p
Événement cardio-vasculaire	-0,90 ( $\pm 0,36$ )	0,01
Poids pathologique	-0,62 ( $\pm 0,31$ )	0,04
Syndrome anxiodépressif	-1,36 ( $\pm 0,28$ )	<0,0001
Score DAS28-CRP	-0,88 ( $\pm 0,13$ )	<0,0001
Score PASI	0,04 ( $\pm 0,03$ )	0,09

**Tableau 6B : Lien entre les comorbidités, l'activité de la maladie et la qualité de vie. Test multivarié, avec ajustement\*. R square = 0,4995.**

Variable	Coefficient*	p*
Événement cardio-vasculaire	-0,69 ( $\pm 0,38$ )	0,07
Poids pathologique	-0,62 ( $\pm 0,30$ )	0,04
Syndrome anxiodépressif	-1,47 ( $\pm 0,29$ )	<0,0001
Score DAS28-CRP	-0,79 ( $\pm 0,13$ )	<0,0001
Score PASI	0,05 ( $\pm 0,03$ )	0,06

\*Analyse ajustée sur: âge, sexe, durée d'évolution, niveau socio-éducatif, activité, statut conjugal

C) Association entre les comorbidités et la qualité de vie, selon le score de Charlson

Il était recherché un lien entre le score de Charlson, l'activité de la maladie et la composante principale du SF36. Le résultat de cette analyse est détaillé dans les

*BAVIERE Wallis*

**Tableaux 7A et 7B.** Après ajustement, on ne retrouvait pas de lien entre le score de Charlson ( $p=0,35$ ), et la composante principale du SF36.

**Tableau 7A : Lien entre les comorbidités évaluées par le score de Charlson, l'activité de la maladie et la qualité de vie. Test multivarié. R square=0,3010.**

Variable	Coefficient	p
Score de Charlson	-0,14 ( $\pm 0,10$ )	0,16
Score DAS28-CRP	-0,96 ( $\pm 0,14$ )	<0,0001
Score PASI	0,06 ( $\pm 0,03$ )	0,03

**Tableau 7B : Lien entre les comorbidités évaluées par le score de Charlson, l'activité de la maladie et la qualité de vie. Test multivarié, avec ajustement\*.**

**R square=0,3614.**

Variable	Coefficient*	p*
Score de Charlson	-0,11 ( $\pm 0,12$ )	0,35
Score DAS28-CRP	-0,84 ( $\pm 0,15$ )	<0,0001
Score PASI	0,06 ( $\pm 0,03$ )	0,03

\*Analyse ajustée sur: âge, sexe, durée d'évolution, niveau socio-éducatif, activité, statut conjugal

D) Association entre le nombre de comorbidités et la qualité de vie

Il était recherché un lien entre le nombre de comorbidités, l'activité de la maladie et la composante principale du SF36. Ces résultats sont décrits dans les **Tableaux 8A et 8B**. On retrouvait un lien entre le nombre de comorbidités ( $p=0,0003$ ), le score

*BAVIERE Wallis*

DAS28-CRP ( $p < 0,0001$ ), le score PASI ( $p = 0,04$ ) et la composante principale du score SF36.

**Tableau 8A : Lien entre le nombre de comorbidités, l'activité de la maladie et la qualité de vie. Test multivarié. R square=0,3739.**

Variable	Coefficient	p
Nombre de comorbidités	-0,57 ( $\pm 0,14$ )	<0,0001
Score DAS28-CRP	-0,88 ( $\pm 0,13$ )	<0,0001
Score PASI	0,06 ( $\pm 0,03$ )	0,05

**Tableau 8B : Lien entre le nombre de comorbidités, l'activité de la maladie et la qualité de vie. Test multivarié, avec ajustement\*. R square=0,4279.**

Variable	Coefficient*	p*
Nombre de comorbidités	-0,55 ( $\pm 0,15$ )	0,0003
Score DAS28-CRP	-0,80 ( $\pm 0,14$ )	<0,0001
Score PASI	0,06 ( $\pm 0,03$ )	0,04

\*Analyse ajustée sur: âge, sexe, durée d'évolution, niveau socio-éducatif, activité, statut conjugal



## DISCUSSION

La prévalence élevée de comorbidités chez les patients atteints de SpA et de PR a été soulignée dans les études COMOSPA (14) et COMORA (47). Le surrisque cardio-vasculaire chez les patients atteints de RP a été rappelé dans la méta-analyse de Polachek *et al.* (17). L'association entre comorbidités et qualité de vie est moins étudiée. Notre étude est l'une des rares études, avec celle de Husted *et al.* (36), à avoir évalué l'association entre les comorbidités et la qualité de vie des patients atteints de RP.

Notre étude a montré une association entre l'antécédent de syndrome anxiodépressif et la qualité de vie. Elle a montré également qu'un IMC élevé (surpoids et obésité) était associé à une dégradation de la qualité de vie. La prise en charge de ces comorbidités pourrait donc permettre d'améliorer la qualité de vie. L'association entre l'activité du RP, évaluée par le score DAS28-CRP, et la qualité de vie, est également soulignée. Les antécédents d'événements cardio-vasculaires étaient à la limite de la significativité. Nous n'avons pas retrouvé de lien entre le score de Charlson et la qualité de vie. Notre étude a montré une association entre le nombre de comorbidités et la composante principale du score SF36. Néanmoins, comme suggéré par Husted *et al.* (36), il semble que la présence de certaines comorbidités soit davantage associée à la qualité de vie que le nombre de comorbidités présentées.

## **Qualité de vie**

Plusieurs scores sont dérivés du score SF36 initial (48), comme le SF12, ou le SF8. Nous avons choisi d'utiliser le score initial, Ware-36 (SF36). Le score SF36 a été privilégié dans notre étude pour son caractère généraliste, son évaluation selon différentes thématiques, et sa simplicité d'utilisation dans le cadre de notre auto-questionnaire. Le score SF36 a été utilisé dans la littérature, notamment dans les études de Husted *et al.* (33,36) et Wallenius *et al.* (49).

Dans notre étude, les thématiques du SF36 les plus altérées étaient la vitalité, la douleur physique, la santé mentale générale, et la perception globale de la santé. Dans l'étude de Husted *et al.* (33), les scores les plus faibles étaient également obtenus pour les thématiques vitalité, perception globale de la santé et douleur physique. De même, dans l'étude de Wallenius *et al.* (49), on retrouvait parmi les scores les plus faibles les thématiques vitalité et douleur physique. L'évaluation de la qualité de vie de nos patients semble donc comparable à celle retrouvée dans la littérature.

## **Association entre les comorbidités et la qualité de vie, selon les huit comorbidités principales retenues**

Les huit comorbidités principales ont été choisies pour les raisons suivantes. Les antécédents d'événement cardio-vasculaire, de diabète et de poids pathologique ont une prévalence élevée chez les patients atteints de RP (16–18), et sont responsables d'une morbi-mortalité importante. Le syndrome anxiodépressif est

## *BAVIERE Wallis*

également fréquent. Dans l'étude de Kotsis *et al.* (38), la présence de cet antécédent semble, du point de vue des patients, influencer la perception de la qualité de vie. Par analogie, nous avons décidé d'étudier la fibromyalgie. Il nous a semblé pertinent d'étudier des comorbidités moins fréquentes mais étudiées dans la littérature, comme les antécédents de cancer, d'ostéoporose et de maladie pulmonaire. Ces 8 comorbidités étaient également recherchées dans l'étude de Pouplin *et al.* (40), qui a inspiré notre auto-questionnaire.

Dans l'étude de Husted *et al.* (36), les comorbidités incriminées dans la dégradation du PCS étaient la fibromyalgie, l'obésité et les désordres neurologiques. Ces variables expliquaient alors 6% de la variance du PCS. La variable mentale MCS était altérée par la présence d'un syndrome anxiodépressif et de fibromyalgie, expliquant 9% de la variance du MCS. De la même façon, dans notre étude, la présence d'un syndrome anxiodépressif et/ou d'un IMC élevé (surpoids et obésité) est associée de façon significative à la dégradation de la qualité de vie. Par ailleurs, les désordres neurologiques ischémiques sont évalués dans notre étude à travers la variable événement cardio-vasculaire. Dans notre étude, les antécédents d'événements cardio-vasculaires étaient à la limite de la significativité. Ces données encouragent la recherche de poids pathologique et de syndrome anxiodépressif chez nos patients en consultation de rhumatologie. La prise en charge de ces comorbidités, en plus de diminuer le risque cardio-vasculaire et la morbi-mortalité associés, pourrait permettre une amélioration de la qualité de vie.

### **Association entre les comorbidités et la qualité de vie, selon le score de Charlson**

Le score de Charlson était en moyenne de 2,4 ( $\pm 1,6$ ) dans notre étude. Celui-ci était moins élevé dans l'étude de Jafri *et al.* (19), où il était évalué en moyenne à 0,6 ( $\pm 1,1$ ). Nous n'avons pas retrouvé de lien entre le score de Charlson et la qualité de vie. Rappelons que ce score, évaluant la présence de 19 comorbidités, est usuellement utilisé pour l'estimation de la survie des patients, et non pour l'évaluation de la qualité de vie. Cela appuie notre hypothèse initiale : il semble que la présence de certaines comorbidités soit davantage associée à la qualité de vie que le nombre de comorbidités présentées.

### **Association entre le nombre de comorbidités et la qualité de vie**

Parmi les 8 comorbidités principales étudiées, nous avons retrouvé en moyenne 1,8 ( $\pm 1,0$ ) comorbidités par patient. L'étude de Husted *et al.* (36) retrouvait un nombre moyen de comorbidités de 2,5 ( $\pm 2,1$ ), soit un taux légèrement supérieur. Dans notre étude, 21,8% des patients présentaient plus de 3 comorbidités, contre 42,2% dans l'étude de Husted. A noter, les comorbidités recueillies différaient dans notre étude et dans celle de Husted. Par exemple, nous n'avons pas inclus dans notre évaluation les infections ou les dyslipidémies.

Nous avons retrouvé une association significative entre le nombre de comorbidités et la qualité de vie. Néanmoins, comme suggéré par Husted *et al.* (36), il semble que la présence de certaines comorbidités ait plus d'impact sur la qualité de vie que le nombre de comorbidités présentées. En effet, la présence de poids pathologique et

## *BAVIERE Wallis*

de syndrome anxiodépressif explique mieux la qualité de vie de nos patients dans notre modèle multivarié (R square=0,4995) que le nombre de comorbidités (R square=0,4279). Dans l'étude de Husted, la présence d'au moins trois comorbidités expliquait seulement 2% de la variance du PCS et 1% de la variance du MCS.

### **Prévalence des comorbidités**

La comorbidité la plus fréquemment retrouvée était le surpoids/obésité. Parmi nos patients, 70,2% présentaient un surpoids/obésité, avec 29% de patients obèses. Ces données sont en accord avec celles de Husted *et al.* retrouvant 30% (50) à 32,3% (36) de patients obèses parmi les patients atteints de RP. L'étude de Jafri *et al.* (19) retrouvait une prévalence comparable de 32,8%. L'IMC moyen, évalué à 27,9 kg/m<sup>2</sup>(±5,62), est comparable avec celui de l'étude COMOSPA (14) évalué à 26 kg/m<sup>2</sup>(±5,7) chez les patients atteints de SpA axiale et/ou périphérique. Le poids reste une comorbidité majeure à prendre en charge chez les patients atteints de RP.

Parmi nos patients, 17,7% présentaient un antécédent d'événement cardio-vasculaire, contre 7,6% dans l'étude de Husted *et al.* (36), et 7,5% dans l'étude COMOSPA (14). Plus précisément, 8,1% de nos patients avaient un antécédent d'IDM et 7,3% un antécédent d'AVC/AIT. Dans l'étude COMOSPA, les prévalences d'IDM et d'AVC/AIT étaient respectivement de 2,7% et 1,3% chez les patients atteints de SpA. La prévalence d'accident cardio-vasculaire ischémique était évaluée à 6% dans l'étude COMORA (47) chez les patients atteints de PR. La forte prévalence

## *BAVIERE Wallis*

dans notre étude pourrait être expliquée par des caractéristiques locales de notre population, ou par la faible puissance de l'étude liée à des effectifs moindres.

Dans notre étude, 50% des patients présentaient un antécédent de syndrome anxiodépressif, avec 44,4% de patients anxieux, et 29% de patients dépressifs. La prévalence de syndrome anxiodépressif est nettement plus élevée dans notre étude que dans celle de Husted *et al.* (36), dans laquelle la prévalence était de 20,6%. Dans l'étude de Kotsis *et al.* (38), la prévalence de dépression d'intensité modérée à sévère était estimée à 21.7% dans le RP et 25.1% dans la PR. Dans l'étude COMORA (47), la prévalence de dépression était estimée à 15% chez les patients atteints de PR.

Dans notre étude, 34,7% des patients étaient hypertendus. Cela est en accord avec les données de la littérature: les prévalences sont comparables à celles estimées par Jafri *et al.* (19) et Husted *et al.* (50) dans le RP (respectivement de 33,7% et 37,1%) et dans les SpA dans l'étude COMOSPA (14) (33,5%). Chez les patients atteints de PR, la prévalence, évaluée à 40,4% dans l'étude COMORA (47), semble légèrement plus élevée.

Parmi nos patients, 12,9% étaient diabétiques. Cela est comparable avec les données de Husted *et al.* (36) et Jafri *et al.* (19), retrouvant respectivement une prévalence de 11,4% et 13,56%. L'étude COMOSPA retrouvait une prévalence moindre, de 8,8%, chez les patients atteints de SpA axiale et/ou périphérique. Cela

## *BAVIERE Wallis*

suggère une prévalence plus importance de diabète chez les patients atteints spécifiquement de RP. Le surrisque de diabète et d'obésité chez les patients atteints de RP, en comparaison avec la population générale, avait été évoqué par Johnsson *et al.* (20).

Dans notre étude, 9,7 % de nos patients présentaient une maladie pulmonaire chronique. Dans les études de Husted *et al.*, la prévalence des maladies pulmonaires était évaluée entre 11,1% (36) et 11,2% (50) mais celle-ci incluait l'apnée du sommeil, ce qui n'est pas le cas dans notre étude. Les données ne sont donc pas comparables.

Nos effectifs de patients présentant un antécédent d'ostéoporose, de fibromyalgie ou de cancer étaient réduits, limitant la comparaison des résultats avec la littérature. Néanmoins, nous remarquons que la prévalence de la fibromyalgie, estimée à 1,6% dans notre étude, est nettement plus basse que celle décrite habituellement dans la littérature. Celle-ci était notamment évaluée à 22% dans l'étude de Husted *et al.* (36). Par ailleurs, notre étude estimait la prévalence de l'ostéoporose à 11,3%, contre 3,5% dans l'étude de Husted *et al.* (50), et 4,5% dans l'étude de Kathuria *et al.* (51).

### **Forces et limites de l'étude**

Les forces de cette étude sont : son caractère transversal, permettant de limiter les données manquantes; la relecture systématique de l'ensemble du dossier médical, permettant un meilleur recueil des données; le caractère multicentrique, permettant un recrutement suffisant et hétérogène de patients, dans trois centres d'importance;

## *BAVIERE Wallis*

l'évaluation clinique par un investigateur unique, permettant une comparabilité des indices d'activités.

Cette étude présente néanmoins des limites. Tout d'abord, l'étude transversale rend critiquable l'évaluation des critères d'activité. Ces derniers sont évalués à un moment précis, et ne sont pas représentatifs de l'évolution de l'activité dans le temps. De ce fait, l'inclusion était réalisée le plus souvent après l'instauration des traitements de fond. Parmi nos patients, 71% des patients étaient sous biothérapie. De ce fait, de nombreux patients présentaient des lésions cutanées moindres de leur psoriasis. Une minorité de nos patients présentait un psoriasis cutané sévère, défini par les scores PASI  $\geq 10$  (8,06% des patients) et BSA  $\geq 30\%$  (4,03% des patients). De même, le score DAS28-CRP était en moyenne de 2,7 ( $\pm 1,1$ ) soit une activité rhumatologique faible. De plus, le recueil des données initiales du RP a pu comporter des données manquantes, certains courriers n'étant pas disponibles dans les archives. Par ailleurs, certains patients n'avaient pas réalisé de biologie récente. C'est pourquoi il a été choisi d'utiliser la CRP datant de moins de six mois.

Nous n'avons pas pu calculer les scores PCS et MCS dans cette étude, ceux-ci nécessitant l'obtention d'une licence américaine spécifique. Un travail complémentaire, avec intégration de ces scores, est prévu. Cette analyse permettra de rechercher une association entre les comorbidités et les composantes mentale et physique du score SF36. Cela apportera des données complémentaires, qui pourront être comparées avec les résultats de Husted *et al.* (36)



## **CONCLUSION**

Notre objectif était d'évaluer l'association entre les comorbidités et la qualité de vie des patients ayant un RP au-delà de l'activité de la maladie et des facteurs sociodémographiques. Nous avons retrouvé une association avec le nombre de comorbidités mais aussi avec le type de comorbidités, et tout particulièrement le surpoids/obésité et le syndrome anxiodépressif. La présence d'une ou plusieurs de ces comorbidités était associée de façon significative à la qualité de vie, évaluée par le score SF36. Notre modèle statistique étudiant le type de comorbidités expliquait mieux la qualité de vie de nos patients que celui étudiant le nombre de comorbidités. Par ailleurs, nous n'avons pas retrouvé de lien entre le score de Charlson et la qualité de vie.

La prise en charge des comorbidités est déjà encouragée à l'heure actuelle, dans les recommandations EULAR, du GRAPPA et de la SFR, pour diminuer la morbi-mortalité. Cette étude montre que la prise en charge de certaines comorbidités pourrait permettre également d'améliorer la qualité de vie de nos patients. Il pourrait donc être proposé de rechercher de façon systématique chez les patients atteints de RP, la présence d'un syndrome anxiodépressif et d'un IMC élevé (surpoids et obésité). La prise en charge d'un poids pathologique pourrait permettre d'une part d'améliorer la qualité de vie, et d'autre part de diminuer l'activité du rhumatisme en améliorant la réponse thérapeutique. Nos résultats nécessitent d'être confirmés dans d'autres cohortes.

## REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. Moll JM, Wright V. Psoriatic arthritis. *Semin Arthritis Rheum.* 1973;3(1):55–78.
2. Gladman DD, Antoni C, Mease P, Clegg DO, Nash P. Psoriatic arthritis: epidemiology, clinical features, course, and outcome. *Ann Rheum Dis.* 2005 Mar;64 Suppl 2:ii14-17.
3. Griffiths CEM, Barker JNWN. Pathogenesis and clinical features of psoriasis. *Lancet Lond Engl.* 2007 Jul 21;370(9583):263–71.
4. Ritchlin CT, Colbert RA, Gladman DD. Psoriatic Arthritis. *N Engl J Med.* 2017 09;376(10):957–70.
5. Ogdie A, Langan S, Love T, Haynes K, Shin D, Seminara N, et al. Prevalence and treatment patterns of psoriatic arthritis in the UK. *Rheumatol Oxf Engl.* 2013 Mar;52(3):568–75.
6. Henes JC, Ziupa E, Eisfelder M, Adameczyk A, Knaudt B, Jacobs F, et al. High prevalence of psoriatic arthritis in dermatological patients with psoriasis: a cross-sectional study. *Rheumatol Int.* 2014 Feb;34(2):227–34.
7. Mease PJ, Gladman DD, Papp KA, Khraishi MM, Thaçi D, Behrens F, et al. Prevalence of rheumatologist-diagnosed psoriatic arthritis in patients with psoriasis in European/North American dermatology clinics. *J Am Acad Dermatol.* 2013 Nov;69(5):729–35.
8. Myers WA, Gottlieb AB, Mease P. Psoriasis and psoriatic arthritis: clinical features and disease mechanisms. *Clin Dermatol.* 2006 Oct;24(5):438–47.
9. Galezowski A, Maccari F, Hadj-Rabia S, Sigal M-L, Phan A, Lahfa M, et al. [Psoriatic arthritis in France, from infants to the elderly: Findings from two cross-sectional, multicenter studies]. *Ann Dermatol Venereol.* 2018 Jan;145(1):13–20.
10. Tillett W, Costa L, Jadon D, Wallis D, Cavill C, McHugh J, et al. The CLASSification for Psoriatic ARthritis (CASPAR) criteria--a retrospective feasibility, sensitivity, and specificity study. *J Rheumatol.* 2012 Jan;39(1):154–6.
11. van den Berg R, van Gaalen F, van der Helm-van Mil A, Huizinga T, van der Heijde D. Performance of classification criteria for peripheral spondyloarthritis and psoriatic arthritis in the Leiden Early Arthritis cohort. *Ann Rheum Dis.* 2012 Aug;71(8):1366–9.
12. Ramiro S, Smolen JS, Landewé R, van der Heijde D, Dougados M, Emery P, et al. Pharmacological treatment of psoriatic arthritis: a systematic literature review for the

## *BAVIERE Wallis*

- 2015 update of the EULAR recommendations for the management of psoriatic arthritis. *Ann Rheum Dis.* 2016 Mar;75(3):490–8.
13. Gossec L, Smolen JS, Ramiro S, de Wit M, Cutolo M, Dougados M, et al. European League Against Rheumatism (EULAR) recommendations for the management of psoriatic arthritis with pharmacological therapies: 2015 update. *Ann Rheum Dis.* 2016 Mar;75(3):499–510.
  14. Moltó A, Etcheto A, Heijde D van der, Landewé R, Bosch F van den, Molano WB, et al. Prevalence of comorbidities and evaluation of their screening in spondyloarthritis: results of the international cross-sectional ASAS-COMOSPA study. *Ann Rheum Dis.* 2016 Jan 6;75(6):1016–23.
  15. Bremander A, Petersson IF, Bergman S, Englund M. Population-based estimates of common comorbidities and cardiovascular disease in ankylosing spondylitis. *Arthritis Care Res.* 2011 Apr;63(4):550–6.
  16. Jamnitski A, Symmons D, Peters MJL, Sattar N, McInnes I, McInnes I, et al. Cardiovascular comorbidities in patients with psoriatic arthritis: a systematic review. *Ann Rheum Dis.* 2013 Feb;72(2):211–6.
  17. Polachek A, Touma Z, Anderson M, Eder L. Risk of Cardiovascular Morbidity in Patients With Psoriatic Arthritis: A Meta-Analysis of Observational Studies. *Arthritis Care Res.* 2017 Jan;69(1):67–74.
  18. Gulati AM, Semb AG, Rollefstad S, Romundstad PR, Kavanaugh A, Gulati S, et al. On the HUNT for cardiovascular risk factors and disease in patients with psoriatic arthritis: population-based data from the Nord-Trøndelag Health Study. *Ann Rheum Dis.* 2016 May;75(5):819–24.
  19. Jafri K, Bartels CM, Shin D, Gelfand JM, Ogdie A. Incidence and Management of Cardiovascular Risk Factors in Psoriatic Arthritis and Rheumatoid Arthritis: A Population-Based Study. *Arthritis Care Res.* 2017 Jan;69(1):51–7.
  20. Johnsson H, McInnes IB, Sattar N. Cardiovascular and metabolic risks in psoriasis and psoriatic arthritis: pragmatic clinical management based on available evidence. *Ann Rheum Dis.* 2012 Jan 4;71(4):480–3.
  21. di Minno MND, Peluso R, Iervolino S, Lupoli R, Russolillo A, Scarpa R, et al. Obesity and the prediction of minimal disease activity: a prospective study in psoriatic arthritis. *Arthritis Care Res.* 2013 Jan;65(1):141–7.
  22. Boehncke W-H, Schön MP. Psoriasis. *Lancet Lond Engl.* 2015 Sep 5;386(9997):983–94.
  23. Peters MJL, Symmons DPM, McCarey D, Dijkmans B a. C, Nicola P, Kvien TK, et al. EULAR evidence-based recommendations for cardiovascular risk management in patients with rheumatoid arthritis and other forms of inflammatory arthritis. *Ann Rheum Dis.* 2010 Jan 2;69(2):325–31.

## *BAVIERE Wallis*

24. Kristensen LE, Jørgensen TS, Christensen R, Gudbergensen H, Dreyer L, Ballegaard C, et al. Societal costs and patients' experience of health inequities before and after diagnosis of psoriatic arthritis: a Danish cohort study. *Ann Rheum Dis.* 2017 Sep;76(9):1495–501.
25. Ballegaard C, Højgaard P, Dreyer L, Cordtz R, Jørgensen TS, Skougaard M, et al. The impact of comorbidities on tumor necrosis factor inhibitor therapy in psoriatic arthritis: A population-based cohort study. *Arthritis Care Res.* 2017 Aug 3;
26. Jacobsson LTH, Turesson C, Gülfe A, Kapetanovic MC, Petersson IF, Saxne T, et al. Treatment with tumor necrosis factor blockers is associated with a lower incidence of first cardiovascular events in patients with rheumatoid arthritis. *J Rheumatol.* 2005 Jul;32(7):1213–8.
27. van Halm VP, Nurmohamed MT, Twisk JWR, Dijkmans BAC, Voskuyl AE. Disease-modifying antirheumatic drugs are associated with a reduced risk for cardiovascular disease in patients with rheumatoid arthritis: a case control study. *Arthritis Res Ther.* 2006;8(5):R151.
28. Smolen JS, Schöls M, Braun J, Dougados M, FitzGerald O, Gladman DD, et al. Treating axial spondyloarthritis and peripheral spondyloarthritis, especially psoriatic arthritis, to target: 2017 update of recommendations by an international task force. *Ann Rheum Dis.* 2018 Jan;77(1):3–17.
29. Wendling D, Lukas C, Prati C, Claudepierre P, Gossec L, Goupille P, et al. 2018 update of French Society for Rheumatology (SFR) recommendations about the everyday management of patients with spondyloarthritis. *Jt Bone Spine Rev Rhum.* 2018 Mar 8;
30. Coates LC, Kavanaugh A, Mease PJ, Soriano ER, Laura Acosta-Felquer M, Armstrong AW, et al. Group for Research and Assessment of Psoriasis and Psoriatic Arthritis 2015 Treatment Recommendations for Psoriatic Arthritis. *Arthritis Rheumatol Hoboken NJ.* 2016 May;68(5):1060–71.
31. Wendling D, Lukas C, Paccou J, Claudepierre P, Carton L, Combe B, et al. Recommendations of the French Society for Rheumatology (SFR) on the everyday management of patients with spondyloarthritis. *Jt Bone Spine Rev Rhum.* 2014 Jan;81(1):6–14.
32. Rosen CF, Mussani F, Chandran V, Eder L, Thavaneswaran A, Gladman DD. Patients with psoriatic arthritis have worse quality of life than those with psoriasis alone. *Rheumatol Oxf Engl.* 2012 Mar;51(3):571–6.
33. Husted JA, Gladman DD, Farewell VT, Cook RJ. Health-related quality of life of patients with psoriatic arthritis: a comparison with patients with rheumatoid arthritis. *Arthritis Rheum.* 2001 Apr;45(2):151–8.
34. Desthieux C, Granger B, Balanescu AR, Balint P, Braun J, Canete JD, et al. Determinants of Patient-Physician Discordance in Global Assessment in Psoriatic Arthritis: A Multicenter European Study. *Arthritis Care Res.* 2017 Oct;69(10):1606–11.

## *BAVIERE Wallis*

35. Desthieux C, Hermet A, Granger B, Fautrel B, Gossec L. Patient-Physician Discordance in Global Assessment in Rheumatoid Arthritis: A Systematic Literature Review With Meta-Analysis. *Arthritis Care Res.* 2016 Dec;68(12):1767–73.
36. Husted JA, Thavaneswaran A, Chandran V, Gladman DD. Incremental effects of comorbidity on quality of life in patients with psoriatic arthritis. *J Rheumatol.* 2013 Aug;40(8):1349–56.
37. Carneiro C, Chaves M, Verardino G, Frade AP, Coscarelli PG, Bianchi WA, et al. Evaluation of fatigue and its correlation with quality of life index, anxiety symptoms, depression and activity of disease in patients with psoriatic arthritis. *Clin Cosmet Investig Dermatol.* 2017;10:155–63.
38. Kotsis K, Voulgari PV, Tsifetaki N, Machado MO, Carvalho AF, Creed F, et al. Anxiety and depressive symptoms and illness perceptions in psoriatic arthritis and associations with physical health-related quality of life. *Arthritis Care Res.* 2012 Oct;64(10):1593–601.
39. Rupp I, Boshuizen HC, Jacobi CE, Dinant HJ, van den Bos G. Comorbidity in patients with rheumatoid arthritis: effect on health-related quality of life. *J Rheumatol.* 2004 Jan;31(1):58–65.
40. Pouplin S, Gossec L, Fayet F, Savel C, Mezieres M, Dougados M. Development of a comorbidity self-questionnaire for patients with inflammatory joint disease. *Jt Bone Spine Rev Rhum.* 2018 Mar;85(2):261–2.
41. Charlson ME, Pompei P, Ales KL, MacKenzie CR. A new method of classifying prognostic comorbidity in longitudinal studies: development and validation. *J Chronic Dis.* 1987;40(5):373–83.
42. Ware JE, Sherbourne CD. The MOS 36-item short-form health survey (SF-36). I. Conceptual framework and item selection. *Med Care.* 1992 Jun;30(6):473–83.
43. Husted JA, Gladman DD, Farewell VT, Long JA, Cook RJ. Validating the SF-36 health survey questionnaire in patients with psoriatic arthritis. *J Rheumatol.* 1997 Mar;24(3):511–7.
44. McKenna SP, Doward LC, Whalley D, Tennant A, Emery P, Veale DJ. Development of the PsAQoL: a quality of life instrument specific to psoriatic arthritis. *Ann Rheum Dis.* 2004 Feb;63(2):162–9.
45. Langley R, Krueger G, Griffiths C. Psoriasis: epidemiology, clinical features, and quality of life. *Ann Rheum Dis.* 2005 Mar;64(Suppl 2):ii18–23.
46. Mease PJ. Measures of psoriatic arthritis: Tender and Swollen Joint Assessment, Psoriasis Area and Severity Index (PASI), Nail Psoriasis Severity Index (NAPSI), Modified Nail Psoriasis Severity Index (mNAPSI), Mander/Newcastle Enthesitis Index (MEI), Leeds Enthesitis Index (LEI), Spondyloarthritis Research Consortium of Canada (SPARCC),

## *BAVIERE Wallis*

- Maastricht Ankylosing Spondylitis Enthesis Score (MASSES), Leeds Dactylitis Index (LDI), Patient Global for Psoriatic Arthritis, Dermatology Life Quality Index (DLQI), Psoriatic Arthritis Quality of Life (PsAQOL), Functional Assessment of Chronic Illness Therapy-Fatigue (FACIT-F), Psoriatic Arthritis Response Criteria (PsARC), Psoriatic Arthritis Joint Activity Index (PsAJAI), Disease Activity in Psoriatic Arthritis (DAPSA), and Composite Psoriatic Disease Activity Index (CPDAI). *Arthritis Care Res.* 2011 Nov;63 Suppl 11:S64-85.
47. Dougados M, Soubrier M, Antunez A, Balint P, Balsa A, Buch MH, et al. Prevalence of comorbidities in rheumatoid arthritis and evaluation of their monitoring: results of an international, cross-sectional study (COMORA). *Ann Rheum Dis.* 2014 Jan;73(1):62–8.
  48. Laucis NC, Hays RD, Bhattacharyya T. Scoring the SF-36 in Orthopaedics: A Brief Guide. *J Bone Joint Surg Am.* 2015 Oct 7;97(19):1628–34.
  49. Wallenius M, Skomsvoll JF, Koldingsnes W, Rødevand E, Mikkelsen K, Kaufmann C, et al. Work disability and health-related quality of life in males and females with psoriatic arthritis. *Ann Rheum Dis.* 2009 May;68(5):685–9.
  50. Husted JA, Thavaneswaran A, Chandran V, Eder L, Rosen CF, Cook RJ, et al. Cardiovascular and other comorbidities in patients with psoriatic arthritis: a comparison with patients with psoriasis. *Arthritis Care Res.* 2011 Dec;63(12):1729–35.
  51. Kathuria P, Gordon KB, Silverberg JI. Association of psoriasis and psoriatic arthritis with osteoporosis and pathological fractures. *J Am Acad Dermatol.* 2017 Jun;76(6):1045-1053.e3.

## ANNEXES

### ANNEXE 1 : Critères CASPAR (4)

**Table 1. Classification Criteria for Psoriatic Arthritis (CASPAR).\***

Criterion	Explanation	Points
Evidence of psoriasis		
Current psoriasis	Current psoriatic skin or scalp disease as judged by a dermatologist or rheumatologist	2
Personal history of psoriasis	History of psoriasis according to the patient or a family doctor, dermatologist, or rheumatologist	1
Family history of psoriasis	History of psoriasis in a first- or second-degree relative according to the patient	1
Psoriatic nail dystrophy	Typical psoriatic nail dystrophy (e.g., onycholysis, pitting, or hyperkeratosis) according to observation during current physical examination	1
Negative test for rheumatoid factor	Based on reference range at local laboratory; any testing method except latex, with preference for ELISA or nephelometry	1
Dactylitis		
Current dactylitis	Swelling of an entire digit according to observation on current physical examination	1
History of dactylitis	According to a rheumatologist	1
Radiographic evidence of juxtaarticular new bone formation	Ill-defined ossification near joint margins (excluding osteophyte formation) on plain radiographs of hand or foot	1

\* Psoriatic arthritis is considered to be present in patients with inflammatory musculoskeletal disease (disease involving the joint, spine, or entheses) whose score on the five criteria listed in the table totals at least three points; the "evidence of psoriasis" criterion can account for either one point or two points. The criteria have a specificity of 98.7% and a sensitivity of 91.4%. ELISA denotes enzyme-linked immunosorbent assay.

### ANNEXE 2 : Score PASI – Aide au calcul fournie par le service de dermatologie de l'hôpital Saint- Philibert de Lomme

**PASI (Psoriasis Area Severity Index)**

Sévérité des lésions : 0 = aucune ; 1 = légère ; 2 = modérée ; 3 = sévère ; 4 = très sévère					
		Tête	Tronc	Membres supérieurs	Membres inférieurs
1	Érythème	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4
2	Infiltration	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4
3	Desquamation	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4
4	Total Colonne				
5	Surface des lésions 0 = aucune    1 = < 10 %    2 = 10 à < 30 %    3 = 30 à < 50 %    4 = 50 à < 70 %    5 = 70 à < 90 %    6 = > 90 %				
6	Score surface				
7	Ligne 4 x Ligne 6				
8		x 0,10	x 0,30	x 0,20	x 0,40
9	Ligne 7 x Ligne 8				
	<b>TOTAL SCORE PASI</b>				

## ANNEXE 3 : Recommandations de prise en charge du risque cardio-vasculaire dans les rhumatismes inflammatoires, EULAR 2010 (23).

**Table 1** The 10 recommendations for cardiovascular (CV) risk management in rheumatoid arthritis (RA), psoriatic arthritis (PsA) and ankylosing spondylitis (AS)

Recommendations	Level of evidence	Strength of recommendation
1. RA should be regarded as a condition associated with higher risk for CV disease. This may also apply to AS and PsA, although the evidence base is less. The increased risk appears to be due to both an increased prevalence of traditional risk factors and the inflammatory burden	2b-3	B
2. Adequate control of disease activity is necessary to lower the CV risk	2b-3	B
3. CV risk assessment using national guidelines is recommended for all patients with RA and should be considered annually for all patients with AS and PsA. Risk assessments should be repeated when antirheumatic treatment has been changed	3-4	C
4. Risk score models should be adapted for patients with RA by introducing a 1.5 multiplication factor. This multiplication factor should be used when the patient with RA meets two of the following three criteria: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Disease duration of more than 10 years</li> <li>- RF or anti-CCP positivity</li> <li>- Presence of certain extra-articular manifestations</li> </ul>	3-4	C
5. TC/HDL cholesterol ratio should be used when the SCORE model is used	3	C
6. Intervention should be carried out according to national guidelines	3	C
7. Statins, ACE inhibitors and/or AT-II blockers are preferred treatment options	2a-3	C-D
8. The role of coxibs and most NSAIDs in CV risk is not well established and needs further investigation. Hence, we should be very cautious about prescribing them, especially for patients with a documented CV disease or in the presence of CV risk factors	2a-3	C
9. Corticosteroids: use the lowest dose possible	3	C
10. Recommend smoking cessation	3	C

ACE, angiotensin-converting enzyme; anti-CCP, anti-cyclic citrullinated peptide; AT-II, angiotensin II; coxibs, cyclo-oxygenase-2 inhibitors; HDL, high-density lipoprotein; NSAIDs, non-steroidal anti-inflammatory drugs; RF, rheumatoid factor; SCORE, Systematic Coronary Risk Evaluation; TC, total cholesterol.



**ANNEXE 4: Comorbidités de la population**

Comorbidités, nombre (%)	Population totale, n=124
Tabagisme actif ou sevré depuis moins de 3 ans	31 (25,0)
Tabagisme sevré depuis plus de 3 ans	39 (31,5)
<b>Événement cardio-vasculaire</b>	22 (17,7)
▪ IDM	10 (8,1)
▪ Angor	7 (5,7)
▪ Artérioplastie	7 (5,7)
▪ AVC/AIT	9 (7,3)
▪ AOMI	2 (1,6)
▪ Athérome carotidien	1 (0,8)
<b>Poids pathologique</b>	87 (70,2)
▪ Surpoids	51 (41,1)
▪ Obésité	36 (29,0)
<b>Diabète</b>	16 (12,9)
<b>Maladie pulmonaire de type BPCO ou asthme</b>	12 (9,7)
▪ BPCO	3 (2,4)
▪ Asthme	9 (7,3)
<b>Ostéoporose</b>	14 (11,3)
<b>Syndrome anxiodépressif</b>	62 (50,0)
▪ Anxiété	55 (44,4)
▪ Dépression	36 (29,0)
<b>Cancer</b>	9 (7,3)
<b>Fibromyalgie</b>	2 (1,6)
HTA	43 (34,7)
Dyslipidémie	33 (26,6)
Insuffisance rénale	8 (6,5)
Score de Charlson, moyenne (±écart-type), médiane	2,4 (±1,6), 2,0
Nombre de comorbidités parmi les 8 principales retenues moyenne (±écart-type), médiane	1,8 (±1,0), 2,0
≥ 3 comorbidités, nombre (%)	27 (21,8)



*BAVIERE Wallis*

**Enthésite ce jour** : Oui  Non

**ATCD de Dactylite** Oui  Non

**Dactylite ce jour** : Oui  Non

**Indices d'activité**

DAS 28 CRP : .....

NAD : .....

CRP (mg/l): .....

NAG : .....

(CRP réalisée dans les 3 mois précédants la consultation)

**Thérapeutiques :**

**ATCD de DMARDs** Oui  Non

Préciser la (ou les) molécule(s) et la posologie

**DMARD actuel** Oui  Non

Préciser la molécule et la posologie

**ATCD de biothérapie(s)** Oui  Non

Préciser la (ou les) molécule(s) et la posologie

**Biothérapie actuelle** Oui  Non

Préciser la molécule et la posologie

**AINS actuel** Oui  Non

Préciser la molécule et la posologie

**Corticothérapie actuelle** Oui  Non

Préciser la posologie / la molécule / La date d'initiation

**1°/ Votre système cardiovasculaire :**

Grâce aux informations ci-dessous nous serons en mesure d'évaluer votre risque cardiovasculaire.

- Quel est votre poids actuel ? /\_/\_/\_/\_/ kg je ne sais pas

- Quelle est votre taille actuelle ? 1,/\_/\_/\_/ m je ne sais pas

- Vous fumez ou vous avez fumé : oui : actif ou sevré depuis moins de 3 ans

sevré depuis plus de 3 ans

non

**▣ Vos antécédents personnels :**

- Avez-vous de l'hypertension (traitée ou non)?

oui

non

je ne sais pas

**BAVIERE Wallis**

A quand remonte votre dernière prise de tension artérielle?

Mois /\_\_/\_/ Année 2 0/\_\_/\_/ je ne sais pas

- Avez-vous souffert d'infarctus du myocarde ?

oui  non  je ne sais pas

- Avez-vous souffert d'angor ? d'angine de poitrine ? de maladie des artères du cœur ?

oui  non  je ne sais pas

- Avez- vous un Stent ?

oui  non  je ne sais pas

- Avez-vous souffert d'accident vasculaire cérébral ?

oui  non  je ne sais pas

- Souffrez-vous d'artériopathie oblitérante des membres inférieurs (= obstruction des vaisseaux des jambes, ou artérite) ?

oui  non  je ne sais pas

- Avez-vous une insuffisance rénale ?

oui  non  je ne sais pas

- Ressentez-vous un essoufflement après un effort qui n'en causait pas précédemment ?

oui  non  je ne sais pas

- Avez-vous besoin d'un ou plusieurs oreillers pour bien respirer quand vous êtes allongé ?

oui  non  je ne sais pas

- Avez- vous des œdèmes (gonflement) des membres inférieurs ?

oui  non  je ne sais pas

- Avez-vous un diabète ?

oui  non  je ne sais pas

-Si oui, à quand remonte le dernier dosage d'hémoglobine glyquée ?

Année 2 0/\_\_/\_/ je ne sais pas

-Sinon, à quand remonte votre dernier dosage de glycémie à jeun ?

Année 2 0/\_\_/\_/ je ne sais pas

- Avez-vous du cholestérol (traité ou non) ?

oui  non  je ne sais pas

A quand remonte votre dernier contrôle de cholestérol ?

Année 20/\_\_/\_/ je ne sais pas

- Avez-vous des plaques carotidiennes (plaques vues en écho-doppler des vaisseaux du cou) ?

oui  non  je ne sais pas

## BAVIERE Wallis

### ▣ Vos antécédents familiaux :

- Avez-vous, dans votre famille proche (frère(s)/sœur(s), parents, oncle(s) ou tante(s)), quelqu'un qui a souffert ou est décédé d'un infarctus du myocarde ou d'une mort subite avant l'âge de 55 ans (pour les hommes) et 65 ans (pour les femmes) ?

oui  non  je ne sais pas

- Avez-vous, dans votre famille proche, quelqu'un qui a un diabète ?

oui  non  je ne sais pas

### ▣ Vos traitements :

- Prenez-vous un anti-agrégant plaquettaire (médicament servant à fluidifier le sang par exemple Plavix®, Aspirine®, Kardégic®, Aspegic®...)?

oui  non  je ne sais pas

- Prenez-vous un ou plusieurs traitements pour traiter la tension ?

oui  non  je ne sais pas

- Prenez-vous un traitement pour traiter votre taux de cholestérol ?

oui  non  je ne sais pas

- Prenez-vous un traitement pour traiter le diabète?

oui  non  je ne sais pas

- Prenez-vous un traitement par corticoïdes en comprimé (Cortancyl, prednisone...)?

oui  non  je ne sais pas

### **Pour votre information, voici les conseils de prise en charge du risque cardio-vasculaire pour un patient atteint de rhumatisme :**

<b>Diabète</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Si vous avez un diabète connu, il faut mesurer l'HbA1c (hémoglobine glyquée) tous les 3 à 6 mois. Cible d'HbA1c : généralement <math>\leq 7\%</math>.</li><li>• Si vous n'avez pas de diabète connu, il faut dépister un diabète tous les 1 à 3 ans par une prise de sang de glycémie à jeun.</li></ul>
<b>Tension artérielle</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Si vous avez une hypertension connue : il faut prendre la tension au moins 2 fois par an. Cible : tension au maximum de 140/90 (ou 14/9) (en auto-mesure, la TA doit être au maximum de <math>&lt;135/85</math>).</li><li>• Si vous n'avez pas d'hypertension connue : il faut prendre la tension au moins une fois par an (hypertension si <math>&gt; 140/90</math>)</li></ul>
<b>Surpoids et tabac</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Le surpoids est mauvais pour le cœur : il faut perdre du poids si surpoids.</li><li>• Fumer est dangereux pour la santé : il est important d'arrêter de fumer, faites-vous aider par un centre de tabacologie si besoin.</li></ul>

## BAVIERE Wallis

<b>Cholesterol</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Si vous avez trop de cholestérol ou un traitement pour le cholestérol : il faut mesurer le cholestérol tous les ans.<ul style="list-style-type: none"><li>• Si vous n'avez pas de cholestérol : il faut mesurer le cholestérol au moins tous les 5 ans</li></ul></li><li>• La cible à atteindre pour le cholestérol dépend de votre état personnel, votre âge, si vous fumez, si vous êtes en surpoids, si vous avez de la tension...</li></ul>
<b>Risque Cardiovasculaire global</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Un score global permet d'évaluer le risque de problèmes cardiaques dans les 10 ans : c'est le HEART SCORE® qui doit être calculé au moins tous les 5 ans.</li><li>• Si le HEART SCORE® est élevé vous serez adressé(e) à un cardiologue.</li></ul>

### 2°/ Vos vaccinations:

Quelle est la date de votre dernier rappel de vaccination contre la diphtérie tétanos poliomyélite (DTP, Revaxis...)?

Année / / / / / /

moins de 10 ans

plus de 10 ans

je ne sais pas

- Avez-vous effectué la vaccination contre le pneumocoque ?

oui

non

je ne sais pas

Si oui , avez-vous eu ?

-une dose de prevenar puis une dose de pneumo 23 ?

oui

non

je ne sais pas

**OU** - une dose de pneumo 23 seulement ?

oui

non

je ne sais pas

dans ce cas, quelle est la date de cette vaccination :

moins de 3 ans

plus de 3 ans

je ne sais pas

- Avez-vous effectué la vaccination contre la grippe saisonnière cette année ?

oui

non

je ne sais pas

- Avez-vous été vacciné contre l'hépatite B ?

oui

non

je ne sais pas

- Avez-vous été vacciné par le BCG (vaccin contre la tuberculose)?

oui

non

je ne sais pas

- Avez-vous été vacciné contre le zona ?

oui

non

je ne sais pas

- Pour les femmes : avez-vous été vaccinée contre le papillomavirus HPV (vaccin contre le cancer du col de l'utérus) ?

oui

non

je ne sais pas

**Pour votre information, voici les conseils de vaccinations pour un patient atteint de rhumatisme :**

**Grippe saisonnière :** vaccination annuelle recommandée si vous prenez des immunomodulateurs \* (par exemple du methotrexate, de la cortisone ou une biothérapie) ou si vous avez plus de 65 ans

**Pneumocoque** (2 injections à 8 semaines d'intervalle) : vaccination recommandée si vous prenez des immunomodulateurs

**Diphthérie Tétanos Polio :** un rappel recommandé tous les 10 ans

**Autres vaccins qui peuvent être recommandés selon votre cas :** Hépatite B et zona

\*immunomodulateurs : traitement de fond conventionnel (methotrexate, leflunomide, prednisone > 0.1 mg/kg/jour, biothérapie)

### 3°/ Vos voies respiratoires:

- Avez-vous déjà eu un diagnostic de tuberculose ?

oui  non  je ne sais pas

- Avez-vous déjà été en contact avec une personne ayant la tuberculose ?

oui  non  je ne sais pas

- Avez- vous de l'asthme ?

oui  non  je ne sais pas

- Avez- vous une broncho- pneumopathie chronique obstructive ? (BPCO)

oui  non  je ne sais pas

- Toussez-vous tous les jours ?

oui  non  je ne sais pas

- Avez-vous souvent une toux grasse ou qui ramène des crachats ?

oui  non  je ne sais pas

- Etes-vous plus facilement essoufflé que les personnes de votre âge ?

oui  non  je ne sais pas

- Avez-vous déjà été exposé de manière prolongée ou répétée à des gazs, poussières, fumées, vapeurs dans le cadre de votre environnement ?

oui  non  je ne sais pas

**Pour votre information, voici l'interprétation de ces questions :**

Si vous présentez plusieurs de ces signes, vous avez peut-être une bronchite chronique, il faudra alors faire des examens pour le vérifier.

### 4°/ Votre état dentaire :

- A quand remonte votre dernière consultation chez le dentiste ?

Année 20/ \_\_/ \_\_/ je ne sais pas

## BAVIERE Wallis

Une consultation annuelle de dépistage auprès du dentiste est recommandée.

### 5°/ Gynécologie (pour les femmes) :

- Avez-vous déjà eu un cancer du sein ?  
oui  non  Si oui, date du diagnostic: Année 20/\_\_/\_\_/  
je ne sais pas
- Quelle est la date de votre dernière mammographie ? Année 20/\_\_/\_\_/  
je ne sais pas
- Y a-t-il eu dans votre famille, un cancer du sein ?  
oui  non  je ne sais pas
- Avez-vous déjà eu un cancer du col de l'utérus ?  
oui  non   
Si oui, date du diagnostic: Année 20/\_\_/\_\_/  
je ne sais pas
- Quelle est la date du dernier frottis cervico-vaginal et son résultat ?  
Année 20/\_\_/\_\_/  
je ne sais pas   
Résultat : Normal  Autre :  je ne sais pas

#### **Pour votre information, voici les conseils de dépistage d'un cancer :**

- En règle générale :
- Mammographie tous les 2 ans entre 50 et 74 ans.
- Frottis tous les 3 ans entre 25 et 65 ans.

### 6°/ Urologie (pour les hommes) :

- Avez-vous un antécédent de cancer de la prostate ?  
oui  non   
Si oui, date du diagnostic: Année 20/\_\_/\_\_/  
je ne sais pas
- Avez-vous des difficultés pour uriner ou un besoin fréquent d'uriner?  
oui  non
- Avez-vous connaissance de plus de 2 cas de cancers de prostate dans votre famille (père, frère, oncle, cousins germains)  
oui  non  je ne sais pas
- Avez-vous connaissance dans votre famille (père, frère(s), oncle(s), cousin(s) germain(s)) de cas de cancer de prostate avant l'âge de 55 ans ?  
oui  non  je ne sais pas
- Etes-vous d'origine afro-antillaise ?  
oui  non

#### **Pour votre information, voici les conseils de dépistage d'un cancer :**

En règle générale : pas de dépistage systématique pour la prostate mais si vous avez plus de 45 ans ET, soit un cas dans votre famille, soit vous êtes d'origine afro-antillaise, il peut être utile de consulter pour un dépistage de la prostate.



## BAVIERE Wallis

### 7°/ Votre peau :

- Avez-vous un antécédent de cancer de la peau ?

oui  non

- Si oui, de quel type ?

En quelle année: Année 20/\_\_/\_\_/

Mélanome  Basocellulaire

Spino cellulaire  Je ne sais pas

- Quand avez-vous consulté un dermatologue pour la dernière fois?

Année 20/\_\_/\_\_/ jamais  je ne sais pas

Pour dépister un cancer de la peau, il est recommandé une consultation en dermatologie au moins une fois dans la vie et ensuite le dermatologue dira à quelle fréquence il faut le revoir.

### 8°/ Votre appareil digestif:

- Avez-vous un antécédent de cancer du colon ou du rectum?

oui  non

Si oui, date du diagnostic: Année 20/\_\_/\_\_/

- Avez-vous une maladie inflammatoire du tube digestif (maladie de Crohn ou rectocolite hémorragique?)

oui  non  je ne sais pas

- Avez-vous fait une recherche de sang dans les selles?

oui  non  je ne sais pas

Quelle est la date du dernier dépistage de sang dans les selles?

Année 20/\_\_/\_\_/ je ne sais pas

- Avez-vous réalisé une coloscopie?

oui  non  je ne sais pas

Si oui : Avez-vous un ou des polypes coliques? oui  non  je ne sais pas

- Quelle est la date de votre dernière coloscopie?

Année 20/\_\_/\_\_/ je ne sais pas

- Avez-vous des membres de votre famille (frère(s), sœur(s), père, mère, oncle(s) et tante(s)) ayant souffert d'un cancer du colon ou rectum ou ayant des polypes coliques ?

oui  non  je ne sais pas

- Avez- vous un antécédent d'ulcère gastro- duodéal ?

oui  non  je ne sais pas

- Avez- vous un antécédent de stéatose hépatique ?

oui  non  je ne sais pas

**Pour votre information, voici les conseils de dépistage d'un cancer :**

**BAVIERE Wallis**

Si vous avez entre 50 et 74 ans, en règle générale il faut faire un test de dépistage de sang dans les selles tous les 2 ans ; si celui-ci est positif, une coloscopie est recommandée.

**9°/ Votre état osseux :**

- Avez-vous déjà eu une fracture (après l'âge de 40 ans et suite à un traumatisme de basse énergie) ?

oui  non  je ne sais pas

Si oui, quelle était sa localisation et en quelle année ?.....

- Avez-vous perdu plus de 4 cm par rapport à l'âge de 20 ans ?

oui  non  je ne sais pas

- Avez-vous déjà eu une densitométrie osseuse ?

oui  non  je ne sais pas  Résultats ?

Année : .....	Hanche totale	Col fémoral	Rachis lombaire
T score			
DMO			

-Avez-vous chuté au cours des 12 derniers mois ?

oui  non  je ne sais pas  Combien de fois ?

- Prenez- vous ou avez-vous pris des corticoides au long cours (>3 mois et ≥ 5mg/j)?

oui  non  je ne sais pas

- Avez- vous une consommation d'alcool ≥3 verres/j chez l'homme ou ≥2 /j chez la femme

oui  non  je ne sais pas

- Avez-vous une supplémentation en vitamine D ?

oui  non  je ne sais pas

- Avez-vous une supplémentation en calcium ?

oui  non  je ne sais pas

- Votre père ou votre mère ont-ils eu une fracture du fémur ?

oui  non  je ne sais pas

- Avez-vous un traitement actuellement contre l'ostéoporose ?

oui  non  je ne sais pas

Lequel ?

- Avez-vous eu autrefois un traitement contre l'ostéoporose ?

oui  non  je ne sais pas

## BAVIERE Wallis

Lequel ou lesquels ?

### **Pour votre information, voici l'interprétation de ces questions :**

Les patients atteints de rhumatismes inflammatoires ont plus de risque d'ostéoporose que les autres, ce qui favorise les fractures. Il est recommandé de faire au moins une fois dans la vie une ostéodensitométrie et le médecin décidera si vous avez besoin de traitement contre l'ostéoporose.

### **10°/ Autres ?**

-Avez- vous un antécédent de dépression?

oui  non  je ne sais pas

-Avez- vous déjà eu un traitement antidépresseur ?

oui  non  je ne sais pas

- Vous sentez- vous anxieux ?

oui  non

- Avez- vous déjà eu un traitement pour l'anxiété ?

oui  non  je ne sais pas

- Avez- vous un antécédent de fibromyalgie ?

oui  non  je ne sais pas

- Seriez-vous intéressé pour aborder d'autres sujets ?

(ex : dépression, fatigue, sommeil, sexualité ....)

oui  non  je ne sais pas

si oui le(s)quel(s) ?

- Etes-vous soigné pour un autre problème de santé que votre rhumatisme ?

oui  non  je ne sais pas

Si oui, lequel :

- Etes-vous suivi par un autre médecin spécialiste ?

oui  non  je ne sais pas

si oui, le(s)quel(s) ?

-cardiologue

-néphrologue

-urologue

-cancérologue

-autres  .....

**AUTEUR : Nom :** Bavière

**Prénom :** Wallis

**Date de Soutenance :** Lundi 11 juin 2018

**Titre de la Thèse :** Impact des comorbidités sur la qualité de vie des patients ayant un rhumatisme psoriasique : étude observationnelle multicentrique PSAQUAL

**Thèse - Médecine - Lille 2018**

**Cadre de classement :** Rhumatologie

**DES + spécialité :** Rhumatologie

**Mots-clés :** Rhumatisme psoriasique – Comorbidités – Qualité de vie

**Contexte :** Les patients ayant un rhumatisme psoriasique (RP) ont une altération importante de leur qualité de vie. Cette altération d'origine multifactorielle est vraisemblablement liée aux nombreuses comorbidités retrouvées chez ces patients. L'objectif de cette étude a été d'évaluer le lien entre les comorbidités et la qualité de vie des patients ayant un RP.

**Méthode :** Il s'agit d'une étude observationnelle, transversale et multicentrique. Les données sont issues d'un auto-questionnaire évaluant en particulier les comorbidités. Les scores de qualité de vie (SF36) et de Charlson ont été calculés pour chaque patient ainsi que les indices d'activités rhumatologique (DAS28-CRP) et dermatologique (PASI). Des analyses bivariées ont été réalisées pour étudier la relation entre les différents facteurs (comorbidités et activité de la maladie) et la qualité de vie. Tous les facteurs ont ensuite été inclus dans un modèle de régression linéaire multivariée, quel que soit leur association en analyse univariée, avec un ajustement sur les facteurs sociodémographiques.

**Résultats :** 124 patients ayant un RP de forme périphérique et répondant aux critères CASPAR ont été inclus entre janvier 2017 et mars 2018. Nos patients étaient en majorité des hommes (62,1%). L'âge moyen était de 52,6 ans ( $\pm 12,6$ ), avec un IMC moyen estimé à 27,9 kg/m<sup>2</sup> ( $\pm 5,6$ ). La durée moyenne d'évolution du RP était de 11,3 ans ( $\pm 9,6$ ) et 71% des patients étaient sous biothérapie. Après ajustement, il était mis en évidence une association entre la composante principale du SF36, le syndrome anxiodépressif ( $p < 0,0001$ ), le surpoids/obésité ( $p = 0,04$ ) et le DAS28-CRP ( $p < 0,0001$ ) tandis que les antécédents d'événements cardio-vasculaires étaient à la limite de la significativité.

**Conclusion :** La qualité de vie des patients ayant un RP est un élément fondamental de leur prise en charge. Notre étude a retrouvé une association entre la présence d'un syndrome anxiodépressif, un surpoids/obésité et la qualité de vie des patients ayant un RP. Au-delà de l'obtention d'une activité minimale de la maladie, les rhumatologues doivent être conscients que la prise en charge de certaines comorbidités est essentielle dans l'amélioration de la qualité de vie des patients.

**Composition du Jury :**

**Président :** Monsieur le Professeur René-Marc FLIPO

**Assesseurs :**

Madame le Professeur Delphine STAUMONT

Monsieur le Professeur Julien PACCOU

Monsieur le Docteur Xavier DEPREZ

Monsieur le Docteur Eric HOUVENAGEL