

## Les manifestations cutanées de la polyarthrite rhumatoïde

### Cutaneous manifestations of rheumatoid arthritis

V. Goëb\*, d'après une communication de B. Cribier\*\*

(\* Service de rhumatologie, CHU de Rouen; \*\* Service de dermatologie, hôpital civil, CHRU de Strasbourg)

**D**e nombreuses manifestations cutanées sont possibles au cours de la polyarthrite rhumatoïde (PR). Les principales peuvent être regroupées en trois grands types de lésions : granulomateuses, vasculaires et neutrophiliques.

#### Nodules rhumatoïdes

L'atteinte cutanée la plus connue au cours de la PR est le développement d'un ou de plusieurs nodules rhumatoïdes. Ceux-ci sont l'expression d'une atteinte dermique de la maladie et sont le plus souvent facilement identifiables de par leur fermeté, leur surface lisse et leur couleur chair. Manifestations extra-articulaires les plus fréquentes de la PR (25 % pour l'ensemble des PR et jusqu'à 75 % au cours des syndromes de Felty), les nodules rhumatoïdes sont cependant le plus souvent absents au début de l'évolution de la maladie et ne font plus partie de ses critères diagnostiques. Ces nodules sont en fait non spécifiques de la PR elle-même mais ils sont liés à la présence de facteurs rhumatoïdes, si bien qu'on peut les retrouver dans beaucoup d'autres pathologies (lupus subaigu, par exemple). Leurs localisations typiques sont en regard des faces d'extension des articulations des doigts et des coudes (figure 1). La confluence de nodules peut entraîner un début d'élimination percutanée dont le diagnostic différentiel peut être difficile, avec des lésions de calcinose observées dans la sclérodermie; le développement de l'échographie pourrait être d'une aide précieuse dans ces cas. Les autres complications des nodules rhumatoïdes sont un risque de surinfection locale et de compression nerveuse, au coude notamment, qui nécessite parfois un geste chirurgical. Des localisations pulmonaires sont fréquentes et de diagnostic difficile, les affections à éliminer prioritairement étant alors un lymphome ou la tuberculose, particulièrement en cas de traitement concomitant par anti-TNF. Des nodules localisés au niveau des cordes vocales sont possibles (nodules "bambou") et peuvent être responsables de dysphonie. Enfin, il faut savoir repérer des localisations – souvent méconnues – au niveau des organes génitaux externes et du pavillon de l'oreille (à ne pas confondre avec un tophus goutteux).

L'analyse anatomopathologique d'un nodule rhumatoïde montre un aspect de "granulome palissadique" du fait d'une attaque

vasculaire entraînant une nécrose locale via les complexes immuns. Des lésions de nécrobiose sont typiquement observées autour de macrophages CD68+ et correspondent à une altération du collagène.

Les formes de l'enfant peuvent se traduire par une nodulite rhumatoïde le plus souvent isolée et ne s'accompagnant d'aucune manifestation articulaire. Cette atteinte dermatologique n'est pas prédictive de la survenue ultérieure d'une PR.

Le principal diagnostic différentiel des nodules rhumatoïdes est représenté par la dermatite interstitielle granulomateuse (DIG). Celle-ci est observable au cours de différentes maladies systémiques (lupus, dermatomyosite, PR, etc.) et est identifiée sous différentes appellations (granulome de Churg et Strauss, *linear subcutaneous bands*, etc.). La DIG peut apparaître sous forme de cordons latérothoraciques (signe de la corde ou *rope sign*) (figure 2) au cours de la PR, mais ceux-ci ne lui sont pas spécifiques. Des formes associant cordons et plaques, plaques sans cordon et même des DIG paranéoplasiques peuvent se rencontrer. La principale différence anatomopathologique avec le nodule rhumatoïde est l'absence de nécrose.

Des papules rhumatoïdes peuvent aussi être observées, mais elles posent un problème nosologique, car ce sont peut-être des petits nodules rhumatoïdes. À l'occasion d'une poussée de PR, une efflorescence de nodules rhumatoïdes peut être constatée, de même qu'à l'occasion d'un traitement par méthotrexate (*accelerated nodulosis*), même si ce phénomène semble peu fréquent après 50 ans. La gravité de cette apparition rapide de nodules rhumatoïdes est surtout due à leurs localisations (cœur, poumon) et aux dégâts locaux qu'ils occasionnent.

#### Lésions de vascularite

Les lésions de vascularite cutanée au cours de la PR sont de moins en moins fréquentes actuellement, du fait du meilleur contrôle de la maladie grâce à l'ensemble des traitements disponibles. Cependant, on peut observer des lésions de purpura palpable, infiltré, avec atteinte de la paroi vasculaire, de même que des lésions de vascularite leucocytoclasique. Des lésions de nécrose, voire des bulles,

peuvent être retrouvées. Une forme plus rare est l'erythema elevatum diutinum, mais elle peut aussi se voir au cours de la PR. L'évolution des lésions de vascularite vers une ulcération chronique s'observe dans environ 10% des cas. Un signe clinique très évocateur est l'atteinte du pourtour des ongles (*figure 3*). Ces lésions de vascularite touchent plus



**Figure 1.** Différentes localisations de nodules rhumatoïdes (collection du service de dermatologie du CHU de Bichat, Pr B. Crickx).

fréquemment les hommes, en particulier les patients ayant des facteurs rhumatoïdes. Leurs diagnostics différentiels sont les causes iatrogènes, les infections virales, les cryoglobulinémies (*figure 4*) et les formes paranéoplasiques. Le diagnostic de vascularite est à confirmer par une biopsie cutanée ou musculaire. Les traitements peuvent associer corticothérapie et immunosuppresseurs (ciclosporine), voire une biothérapie dans certains cas.

## Dermatoses neutrophiliques

Parmi les dermatoses neutrophiliques observables au cours de la PR, on retrouve principalement le pyoderma gangrenosum et la dermatite neutrophilique rhumatoïde. Le pyoderma gangrenosum est de diagnostic difficile au début de son évolution, mais il associe constamment des douleurs intenses et une franche altération de l'état général. Une pustule ou un nodule peuvent s'observer initialement. Ils s'étendent



**Figure 2.** Cordon latérorhombique observé lors d'une dermatite interstitielle granulomateuse (collection du service de dermatologie du CHRU de Strasbourg, Pr B. Cribier).



**Figure 3.** Atteinte périunguëale (collection du service de dermatologie du CHRU de Strasbourg, Pr B. Cribier).



**Figure 4.** Aspects cutanés observables lors de cryoglobulinémies (collection du service de dermatologie du CHU de Bichat, Pr B. Crickx).

ensuite progressivement, de façon centrifuge, avec une zone de nécrose centrale. Un aspect typique est celui de clapiers purulents (*figure 5*). Le pyoderma gangrenosum affecte le plus souvent les femmes, se rencontre plus particulièrement au cours des PR sévères et n'en modifie pas l'évolution. Ses récurrences sont fréquentes. Il n'y a pas d'atteinte vasculaire primitive. Le diagnostic repose surtout sur une forte conviction clinique, car les signes initiaux peuvent être atypiques et l'analyse des biopsies est fréquemment aspécifique. Son traitement repose sur la corticothérapie et les immunosuppresseurs locaux.

La dermatite neutrophilique rhumatoïde correspond, quant à elle, à un infiltrat massif de polynucléaires neutrophiles. Elle a pour conséquence d'induire des œdèmes et des décollements cutanés. Elle se rencontre surtout au cours des PR actives mal contrôlées. Son traitement repose sur la dapsonne, un antibiotique de la famille des sulfones. Devant l'apparition d'une dermatite neutrophilique, il convient d'éliminer une éventuelle gammopathie monoclonale associée.



**Figure 5.** Aspect de clapiers purulents au cours du pyoderma gangrenosum (collection du service de dermatologie du CHRU de Strasbourg, Pr B. Cribier).

## Conclusion

Les lésions granulomateuses, neutrophiliques et de vasculite représentent les manifestations cutanées régulièrement observées au cours de la PR. Il faut aussi penser à être attentif aux éventuelles stries longitudinales qui pourraient former des reliefs sur la totalité de la tablette unguéale des patients atteints de rhumatisme débutant. En effet, un travail strasbourgeois récent a montré que l'importance du nombre d'ongles atteints par ces stries était associée au risque de développer une PR (58 % de PR contre 6 % de témoins en cas d'atteinte de neuf ou dix ongles des doigts). ■

## Pour en savoir plus...

- Hawryluk EB, Izikson L, English JC 3rd. Non-infectious granulomatous diseases of the skin and their associated systemic diseases: an evidence-based update to important clinical questions. *Am J Clin Dermatol* 2010;11:171-81.
- Nakamura T, Higashi SI, Tomoda K, Tsukano M, Iyama K. Cutaneous nodules in patients with rheumatoid arthritis: a case report and review of literatures. *Clin Rheumatol* 2011;30:719-22.