



# Rhumatisme psoriasique

## Symptômes évocateurs et évaluation





# Symptômes évocateurs d'un rhumatisme psoriasique

- Oligoarthrite, polyarthrite
- Arthrite des interphalangiennes distales
- $\pm$  rachialgies inflammatoires
  
- Psoriasis cutané ou unguéal

Adresser à un rhumatologue





# Évaluation d'un rhumatisme psoriasique

Évaluation articulaire périphérique : DAS28 (comme pour la PR)

Évaluation de l'atteinte cutanée : Indice simplifié du psoriasis

Veillez indiquer comment vous ressentez aujourd'hui votre psoriasis

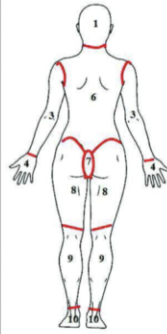
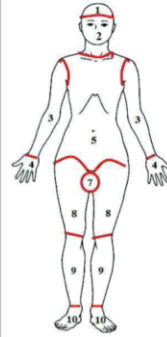
**PARTIE 1A** Pour chacune de ces 10 parties du corps, veuillez entourer la proposition qui décrit le mieux votre psoriasis aujourd'hui

		0	±	+
0	Absent ou si faible qu'il ne me gêne pas (0)			
±	Manifeste, mais une partie importante de la peau est normale (0,5)			
+	Étendu, touchant une partie importante de la région atteinte (1,0)			

1	Cuir chevelu et sa lisière	0	±	+
2	Visage, cou et oreilles	0	±	+
3	Bras et aisselles	0	±	+
4	Mains, doigts et ongles des mains*	0	±	+
5	Thorax et abdomen	0	±	+
6	Dos et épaules	0	±	+
7	Région génitale et/ou autour de l'an	0	±	+
8	Fesses et cuisses	0	±	+
9	Genoux, partie inférieure des jambes et chevilles	0	±	+
10	Pieds, orteils et ongles des orteils*	0	±	+

\*PSORIASIS DES ONGLES : même si la peau des mains et des pieds n'est pas atteinte, vous pouvez noter ± pour un psoriasis important touchant au moins 2 ongles des doigts ou des orteils et + s'il touche au moins 6 ongles des doigts ou des orteils.

TOTAL



PRODUIT 1A X 1B

Veillez tourner la page

**PARTIE 2** Veuillez indiquer sur l'échelle ci-dessous dans quelle mesure votre psoriasis vous affecte aujourd'hui dans votre vie quotidienne.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Légende : 0 = mon psoriasis ne me gêne pas du tout  
5 = mon psoriasis me gêne moyennement  
10 = mon psoriasis me gêne énormément (je ne peux pas imaginer pire)

**PARTIE 3** Veuillez cocher chaque proposition qui vous paraît juste. N'inscrivez rien si vous n'avez pas connaissance du traitement ou si vous n'êtes pas sûr(e) de vous.

	Cocher
<b>À propos de votre psoriasis</b>	
J'ai un psoriasis depuis plus de dix ans	
J'ai un psoriasis depuis plus de 20 ans (point supplémentaire)	
J'ai un psoriasis très inflammatoire sur l'ensemble de ma peau (érythrodermique ou pustuleux)	
J'ai déjà été hospitalisé(e) à cause de mon psoriasis	
<b>À propos de votre traitement</b>	
J'ai suivi au moins une cure de traitements par rayons UV ou de PUVA-thérapie	
J'ai été traité(e) par méthotrexate (actuellement ou par le passé)	
J'ai été traité(e) par acitritine (SORIATANE, étrétinate) (actuellement ou par le passé)	
J'ai été traité(e) par ciclosporine (NEORAL, SANDIMMUN) (actuellement ou par le passé)	
J'ai été traité(e) par un médicament biologique administré par injection ou par perfusion (actuellement ou par le passé) Les médicaments biologiques comprennent : Remicade/infliximab ; Enbrel/étanercept ; Raptiva/éfalizumab ; Humira/adalimumab ; Stelara/ustékinumab	
J'ai reçu d'autres traitements (comprimés ou injections) pour soigner mon psoriasis (actuellement ou par le passé). Si tel est le cas, vous souvenez-vous du nom du traitement ?	
Nom du traitement : .....	

TOTAL

