

# La polyarthrite rhumatoïde

Dr M .Baba aissa Rhumatologue  
Paris

El Meniaa 2009

# définition

- La **PR** est le plus fréquent des rhumatismes inflammatoires chroniques
- C'est une maladie articulaire
  - \*destructrice
  - \*handicapante
  - \*hétérogène
  - \*évoluant par poussée

# Enjeu majeur de santé publique

- Pour 4 raisons majeures

- \* Sa prévalence

- \* Le handicap qu'elle entraîne

- \* La surmortalité qui l'accompagne

- \* Son poids économique

# La prévalence de la polyarthrite rhumatoïde

- Variable selon les études et les populations

+Dans la population française, 0,31 à 0,8°/°

+Dans le monde, estimée à 1°/°

+Tribu d'indiens nord-américaine (population consanguine) : 5,3°/°

# La polyarthrite rhumatoïde source de handicap

- L'**évolution** de la PR est, **imprévisible**

- \*15 à 20°/° s'éteignent dans les 2 à 3 ans

- \*30°/° évoluent vers des formes modérées

- \*10à20°/° évoluent vers des formes agressives, progressant d'un seul tenant ou par poussées successives

- La prise en charge est **multidisciplinaire**

# Conséquences socio-économiques

- 50°/° des patients **arrêtent leur activité professionnelle** moins de 5 ans après le début de la maladie
- Dans 10°/° des cas , la PR engendre une **invalidité grave** en moins de 2 ans

# La polyarthrite rhumatoïde à l'origine d'une surmortalité

- Taux moyen de **surmortalité** est de 1,82
- La réduction de l'**espérance de vie** est de 5 à 10 ans
- **Infections** plus fréquentes
- La **PR** est un facteur de **risque cardiovasculaire** spécifique avec surmortalité associée

# Les causes de mortalité

- Davantage d'**infections** au sein d'une population de PR. Liens avec les corticoïdes ?
- Poids des comorbidités associées : **HTA, BPCO, tabagisme**
- La PR elle-même, cause directe de **décès** dans 10 à 15°/° des cas

# Savoir évoquer une polyarthrite rhumatoïde

- un diagnostic parfois difficile en raison de formes trompeuses mais le tableau le plus courant associe:

\*douleurs **poly articulaires inflammatoires**( 2<sup>e</sup> partie de nuit, surtout avec réveils nocturnes );

\***raideur matinale** avec dérouillage progressif;

\*Douleur s'atténuent à l'exercice, réapparaissant avec le repos;

- Atteinte articulaire volontiers **bilatérale** et **symétrique**, épargnant les sacro-iliaques, le rachis dorso-lombaire et la paroi thoracique

# Une maladie de tous les ages

- La **PR** est susceptible de se déclarer à **tous les ages** de la vie

- \*au cours de l'enfance(polyarthrite juvénile)

- \*après 80 ans

- \*Mais le pic de fréquence se situe au cours de la 5<sup>e</sup> décennie

- \* La maladie touche plus fréquemment la **femme** que l'homme (4/1)

# Le terrain de la polyarthrite rhumatoïde

- Touche la femme, entre 40 et 60 ans avec un pic à **45 ans** mais :

- \*des facteurs **immunitaires**

- \*une prédisposition **génétique**

- \*Une réaction **inflammatoire** détruisant progressivement les articulations touchées

# L'immunopathologie de la polyarthrite rhumatoïde

- Sur un terrain génétique prédisposé (ag **HLA DR4** et **DR1** )
- Une réaction **immunitaire** exagérée
- Sans doute en réaction à une agression **virale** (mycoplasme, mycobacteries, EBV)

# Physiopathologie de la polyarthrite rhumatoïde

- Rôle de l'**immunité innée** : implication dans l'induction ou la persistance d'une synovite
- Rôle des **peptides citrullinés** et des **anti-CCP**:
- Rôle des **chemokines** ?...importance des chémokines dans le recrutement des cellules inflammatoires dans la synoviale

# Les critères de classification de la polyarthrite rhumatoïde

- Proposés en 1987 par l'ACR : réunir au moins **4** des **7 critères** suivants, les critères 1 et 4 devant être présents depuis au moins **6 mois**.

\***Raideur matinale** durant au moins 1 heure

\***Arthrites** d'au moins 3 groupes articulaires

\***Arthrites** touchant les **mains**

\*Arthrites **symétriques**

\***Nodules** rhumatoïdes

\***Facteur rhumatoïde** sérique

\*Signes **radiologiques**

# Manifestations extra articulaires

- **Nodules rhumatoïdes**: dans 20°/°des cas. Le plus souvent de localisation **sous cutanée**, au niveau des coudes, des genoux, des doigts. Mais des nodules profonds, **viscéraux**, sont possibles.
- Manifestations **hématologiques** : l'**anémie** inflammatoire est le trouble le plus fréquent mais la **lignée blanche** peut être atteinte de même que la **lignée plaquettaire**

# Manifestations extra articulaires

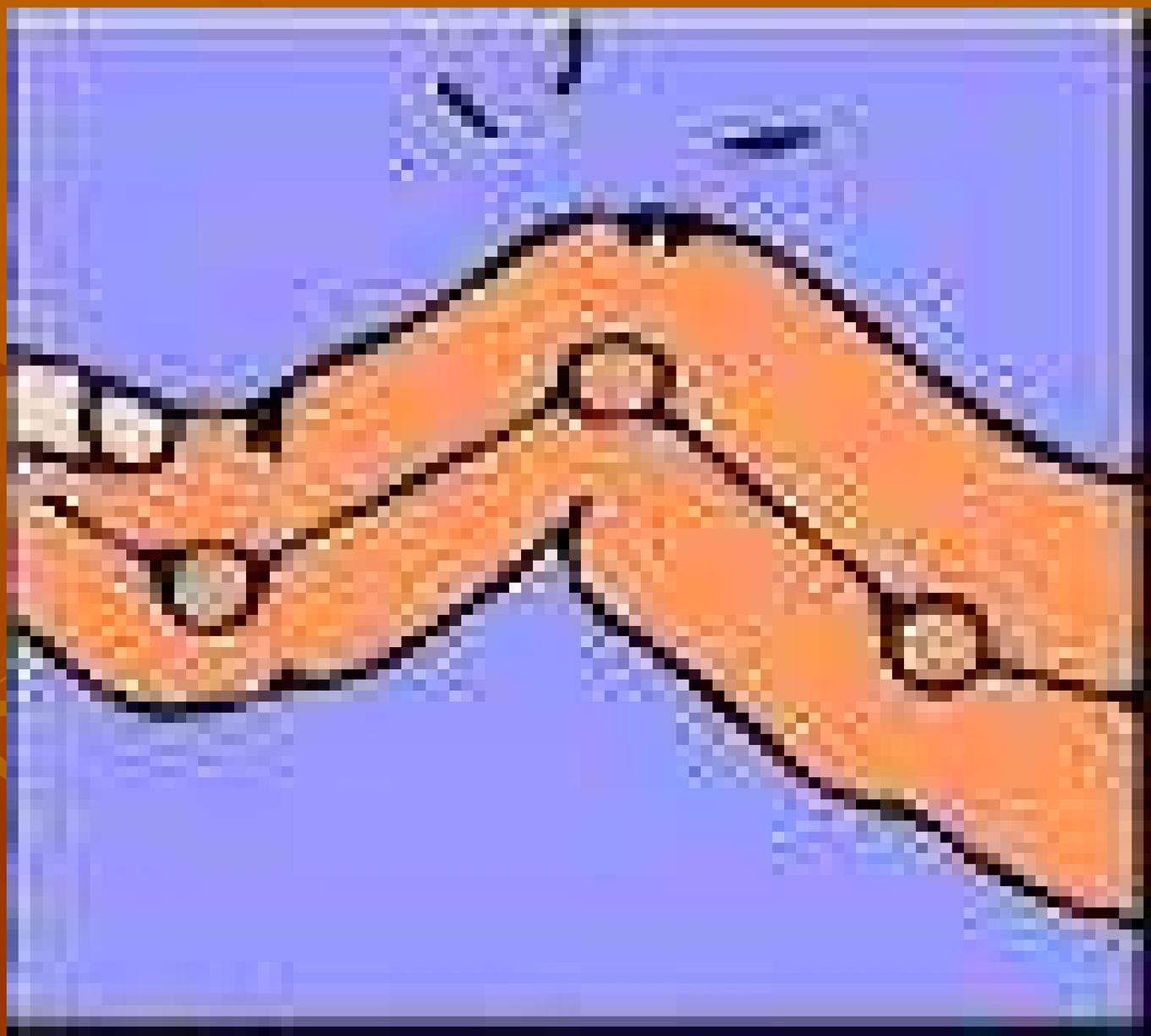
- Le syndrome de **raynaud** : 3 à 7°/°
- Les **vascularites** systémiques à complexes immuns
- Autres : **péricardite**, atteinte **oculaire**, syndrome de **sjogren**, atteintes **pleuro pulmonaires**, **amylose** secondaire...

















# BIOLOGIE

- **SI FACTEUR RHUMATOIDE ET ANTICCP positifs = diagnostic de PR certain**
- **Anti CCP:**
  - \*spécificité excellente = 96°/°
  - \*sensibilité = 60°/°

# Imagerie

- **L'exploration radiographique** est un complément de l'examen clinique. Elle apporte des renseignements **cliniques** et **pronostiques**. Nécessaire pour le **suivi** des patients.

# Imagerie

- **Radiographies standards**: clichés comparatifs et systématiques

- \*normales au début, en dehors d'un épaissement des parties molles et une **ostéoporose en bande**

- \***érosions osseuses** sous forme d'**encoches** (en particulier le 5<sup>e</sup> métatarsien), parfois **géodes**

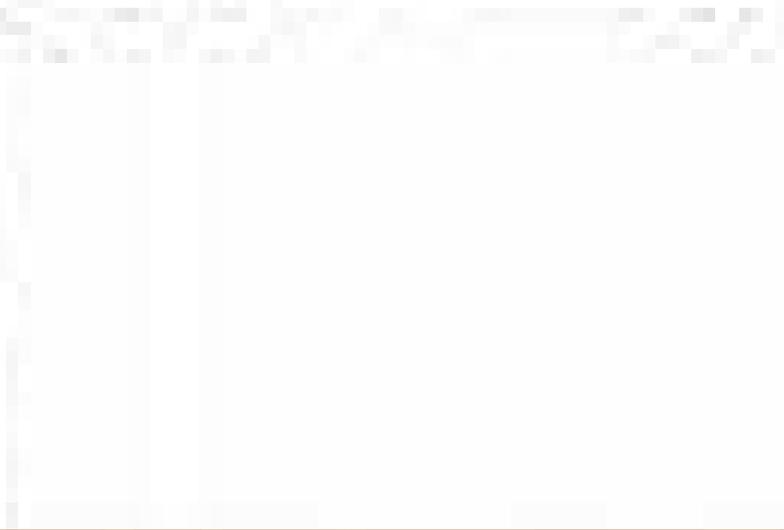
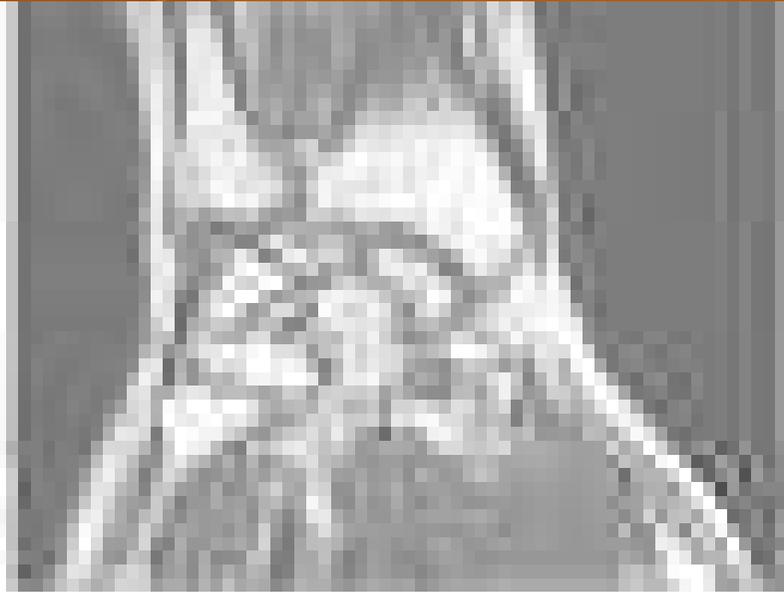
- \***pincement articulaire** global, plus tardif

- \*il n'y a pas de signes de reconstruction osseuse (ostéophytes, condensation osseuse)

















# Imagerie

- **IRM** : visualise bien la **synovite** des poignets ainsi que les **tenosynovites**. Utile dans l'évaluation des lésions de la **charnière cervico-occipitale** ou du **rachis cervical**.
- **Échographie articulaire** : de plus en plus développée. **Dépistage précoce** des **érosions** et des **ténosynovites**, autorisant une prise en charge précoce.

# Une note d'optimisme

- Plusieurs **études** montrent :
  - \*qu'il y aurait actuellement une tendance à la **décroissance** de la PR
  - \*que le **pronostic** de cette maladie serait en **nette amélioration**
  - \*la prise en charge plus **précoce** expliquerait l'**évolution favorable** du pronostic de la PR
  - \*Il est nécessaire d'**éduquer** les patients...et les soignants...

**Quelles sont les données cliniques  
minimales à recueillir pour le suivi  
d'une polyarthrite rhumatoïde**

# Données cliniques minimales

- **Dérouillage** matinale
- Réveils nocturnes
- **EVA**
- Nombre d'articulations **gonflées** et **douloureuses**
- **Autres** articulations symptomatiques articulaires et **periarticulaires**
- Recherche de manifestations **extra articulaires**

Quelles sont les examens  
biologiques à demander devant  
un rhumatisme inflammatoire  
débutant

# biologie

## ■ Polyarthrite faire initialement :

- \*NFS, VS, CRP
- \*FR, Ac antiCCP, Ac anti nucléaire
- \*EPP sérique
- \*Fonction rénale et hépatique
- \*Sérologie hépatite B, hépatite C , et HIV
- \*Bandelette urinaire

## . Oligoarthrite, rachialgie inflammatoire :

- \*HLA B27

# Données biologiques minimales pour le suivi de la PR ?

- \* Vitesse de sédimentation

- \* CRP

# Quelles sont les examens radiologiques à demander devant une PR débutante

- Rx des **mains** et **poignets** face
- Rx des **pieds** Face +  $\frac{3}{4}$
- Rx **thorax**
- Rx de chaque **articulations gonflées**

# Suivi radiologique

\*Rx des **mains** et **poignets** face

\*Rx **pieds** face

Tous les **6 mois** la 12<sup>re</sup> année puis tous les **ans** pendant 3 ans puis tous les **2 à 4 ans**

# Imagerie

- **Si doute diagnostique** dans les polyarthrites débutantes

**\*échographie** des mains

**\*IRM** des mains et poignets

# Facteurs de mauvais pronostic

- Nombre d'**articulations gonflées**
- Persistance de **synovite** à 3 mois de Tt
- Présence et taux de **élevé** de **FR**
- Importance du syndrome **inflammatoire biologique**
- **Érosions**
- Manifestations **extra articulaires**

# Traitement

Prise en charge **globale**

**multidisciplinaire**: rhumatologue,  
médecin généraliste, rééducateur,  
kinésithérapeute, ergothérapeute, infirmière,  
assistante sociale, psychologue, diététicienne,  
orthésiste, podologue, chirurgien orthopédiste,  
psychiatre

# Methotrexate

- Traitement de **référence** de la PR
- Posologie **initiale** conseillée au moins **10 mg/semaine**
- Si réponse **insuffisante** : augmenter la posologie **jusqu'à 20 mg/ semaine** à intervalles de 6 semaines
- Passage à la forme **SC ou IM** si mauvaise observance ou efficacité partielle ou intolérance digestive

# Methotrexate

- **Bilan préthérapeutique :**

- \*NFS plaquettes, transaminases, créatinine, radio thorax, sérologie hépatite B et C(+/- hypo albuminémie )

- \*en cas d'ATCD ou symptôme respiratoire: EFR

- **Suivi:**

- \*NFS, transaminases, créatinine tous les mois pendant 3 mois puis tous les 3 mois

Risque **tératogène** : arrêt au mois 3 mois avant la grossesse.

# Acide folique

- **Speciafoldine**: au moins 1cp par semaine à distance du methotrexate

Réduit 80°/° les effets gastro-intestinaux du MTX(stomatite, nausée, anorexie...)et le risque de cytolysse hépatique

# ARAVA

- Efficacité comparable au MTX, > SZP

Ralentit la progression radiographique

# Plaquenil

- Peu efficace dans la PR, intérêt pour les formes mineures ou frontière( lupus, Sjogren )
- Bilan initial:  
ERG,FO, étude de vision de couleur, AV
- Suivi tous les ans:  
FO, étude des visions des couleurs

# Corticoïdes

1. À utiliser sur la **durée la plus courte**, la posologie **minimale** efficace :

\*en attendant l'efficacité d'un Tt de fond ou en cas de survenue de poussée:

0,2 mg/kg/j

\*en cas de Tt au lg cours: 0,15 mg/kg/j

2. En cas de manifestations **extra articulaires**: 0,5 à 1 mg/kg/j

3. Si la corticoTt est retenue pour le Tt des symptômes articulaires inflammatoires, dans l'attente de l'effet du Tt de fond, la durée doit être de **2 à 6 mois maximum**

4. En cas de **corticodépendance**, il est fortement recommandé d'envisager une **modification** du Tt de fond pour permettre la **réduction** de cette posologie

Quelle stratégie  
thérapeutique devant une  
PR ?

# I. Objectifs = Rémission

- 1. un **faible** niveau d'**activité** de la maladie, stable dans le temps, et si possible une rémission clinique, stable dans le temps
- 2. la **prévention** et le **contrôle** des lésions structurales
- 3. le **contrôle** de la **douleur**, l'amélioration ou la stabilisation du **handicap fonctionnel**, la limitation des conséquences **psychosociales** et la préservation de la **qualité de vie** du patient et de l'**espérance de vie**

## II. Quand doit on introduire un traitement de fond ?

\*Dés les **premiers mois**

\*Dés que le **diagnostic** peut être **retenu**

La PR est une << urgence médicale >>

**Diagnostic et traitement précoce +++**

# III. Quelles éléments doivent influencer la stratégie des Tt de fond?

\***Activité** de la PR

\***Présence d'érosion**

\***Présence du facteur rhumatoïde**

# Indication des antiTNF :

- **PR certaine**
- **Échec** du **MTX** pendant au moins 3 mois à dose optimale ( 20 mg/semaine )
- **PR active**
- Ou **évolutive** sur le plan structural

# I. Effectuer le bilan pré-thérapeutique avant l'initiation du Tt

- Éliminer une **contre indication**

- \*foyers infectieux chroniques

- \*Tuberculose

- \*Insuffisance cardiaque

- \*Néoplasie/lymphome

- \*SEP, Maladie auto-immune évolutive

- \*Désir de grossesse/allaitement

# Suivi d'un patient sous anti-TNF

## ■ Trois objectifs

1. organiser un suivi systématique et rigoureux

\*quel rythme ?

\*des examens complémentaires ?

\*Comment juger l'efficacité ?

2. Dépister les complications potentielles

3. Gérer les situations particulières

# Rythme de suivi proposé

- Suivi spécialisé tous les **3 à 6 mois** pendant la durée totale du traitement
- Consulter un médecin généraliste **en urgence** si:
  - \*Fièvre
  - \*Toute situation à risque **infectieux**
  - \*Dyspnée ou signes évoquant une **décompensation cardiaque**

# En cas de grossesse souhaitée

- **Chez la mère:**

- . Arrêt 5 à 6 mois avant la grossesse pour **REMICADE** et **HUMIRA**
- . Arrêt 3 semaines pour **ENBREL**

**\*allaitement** non recommandé

- **Chez le père :** pas d'arrêt des anti-TNF recommandé avant la conception

# En cas de chirurgie programmée

- En milieu **sterile**: ( ex:cataracte )
  - \*env 7 j pour Enbrel
  - \*env 15 à 20j pour Remicade
  - \*env 28 j pour Humira
- En milieu **septique** : ( ex:prothèse )
  - .Enbrel= 15j
  - .Remicade= 40-50j
  - .Humira= 70j

# En cas de chirurgie en urgence

- **Arrêt** du traitement anti-TNF
- Discuter **antibiothérapie prophylactique** si chirurgie à risque septique
- **Surveillance** rigoureuse

**Reprise** du Tt uniquement après **cicatrisation** et en absence de complication infectieuse

# En cas de vaccination

- Contre indication des vaccins vivants atténués:

- \*BCG

- \*varicelle

- \*Fièvre jaune

- Efficacité des vaccinations classiques (DTPolio,grippe)

# En cas de séjour à l'étranger

- Respecter la **chaîne du froid** si on emporte le traitement
- Si séjour **ponctuel** et bref
  - \*suspendre le traitement selon le risque infectieux potentiel local( tourista )
  - \*partir avec une trousse de médicaments pour gestion symptomatique

# Rééducation fonctionnelle

- Indiquée à **tous les stades** de la maladie

- Permet :

\*de **limiter les déformations**,

\*d'**entretenir la trophicité** musculaire et la mobilité articulaire,

\*de **lutter** efficacement contre l'**enraidissement**,

\***influence** favorablement l'**équilibre psychologique** du patient et facilite son **insertion sociale**

# Prise en charge rééducative

## ■ Appareillages:

\*appareillages de **repos**: à porter surtout la nuit. Prévention des déformations

\*orthèses **plantaires**

\*Chaussage **spécialisé**

\*Aides de **marche** (cannes à appui antibrachial)







# Prise en charge rééducative

- **Éducation** du malade: il faut lutter contre l'idée reçue qui consiste à réduire les activités devant un rhumatisme inflammatoire.

\*l'éducation **gestuelle** : apprendre les gestes à éviter ou les modifications qu'il doit apporter dans ses prises pour protéger ses articulations.

\***aides techniques**: à ne pas proposer précocement car cela favorise la non fonction et l'enraidissement articulaire

# Prise en charge rééducative

## ■ Rééducation proprement dite :

- \*commencer le plus tôt possible car c'est plus facile de prévenir une **raideur** ou une **déformation** que de la corriger
- \*doit être **douce, indolore, globale**
- \***balnéothérapie**++
- \*Mobilisation de type **actif** ou **actif aidé**
- \***Massages** peu appuyés à visée antalgique et décontracturante, **relaxation**

## ■ **Ergothérapie** : place majeure

# En quoi consistent les traitements locaux et chirurgicaux

- **Ponction évacuatrice** : geste local, soulage rapidement la douleur. Dans un 2<sup>e</sup> temps une infiltration de corticoïdes
- **Synoviorthèse**: geste local qui a pour but de détruire la membrane synoviale épaissie et proliférante( pannus )de l'articulation malade par l'injection d'un produit radioactif ou chimique en fonction de la taille de l'articulation choisie. Celle-ci sera ensuite immobilisée.

# En quoi consistent les traitements locaux et chirurgicaux

.**Synovectomie**: autre moyen d'enlever une partie ou la totalité du pannus sous arthroscopie.

.**Arthroplastie** : reconstruction de certaines articulations détruites (genou, poignet , petites articulations de la main)

.**Réparation chirurgicale** de tendons rompus

.Remplacement d'une articulation détruite : la **prothèse** qui restaure la mobilité et la fonction articulaire

.**Arthrodèse**: quand l'articulation n'est plus réparable ( blocage définitif dans une position la plus fonctionnelle possible )



