

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^e 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^e 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^e métatarsien), parfois **géodes**

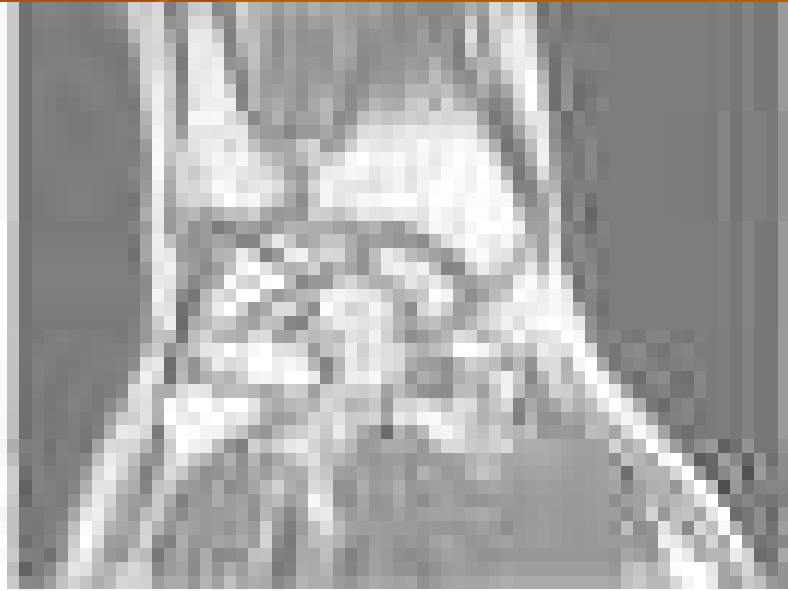
- ***pincement articulaire** global, plus tardif

- *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^{re} 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^e 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)



