

CE QU'IL FAUT SAVOIR SUR ...LA POLYARTHRITE RHUMATOÏDE

Résumé

Dr RALANDISON Stéphane, Service de Rhumato- Dermatologie, CHU JRB
033 05 044 84

I- INTRODUCTION

Anciennement appelée Polyarthrite Chronique Evolutive, la Polyarthrite Rhumatoïde (PR) fait partie des connectivites, atteint les femmes dans 8 cas sur 10, âge de début autour de 40- 60 ans. Bien que rare, les atteintes extra- articulaires peuvent engager le pronostic vital.

II- CE QU'IL FAUT SAVOIR SUR ... LES SIGNES CLINIQUES

II.1- LES SIGNES ORIENTANT LE DIAGNOSTIC

II.1.1- A LA PHASE DE DÉBUT

Dans plus de 70% des cas, la PR débute par *des arthralgies d'horaires inflammatoires, fixes et symétriques des poignets, des articulations métacarpo- phalangiennes (MCP) et inter- phalangiennes proximales (IPP), surtout des 2^{ème} et 3^{ème} doigts*. Les articulations inter- phalangiennes distales (IPD) ne sont presque jamais atteintes. La durée du « dérouillage matinal » est à chiffrer systématiquement car elle fait partie des critères d'évaluation de l'activité de la maladie.

II.1.2- A LA PHASE D'ÉTAT

A la phase d'état, la PR entraîne des déformations (par lésions ligamentaires) et destructions articulaires irréversibles : déviation cubitale des doigts en « coup de vent », en « col de cygne », « pouce en Z », luxation postérieure de la styloïde cubitale (mobile à la pression, « en touche de piano »), Cependant, 30% des PR ne sont érosives ni déformantes. Les manifestations extra-articulaires surviennent aussi pendant la phase d'état :

- *Nodules rhumatoïdes* : nodosités sous-cutanées mobiles, indolores, au niveau de la face postérieure de l'avant-bras et du coude, aux doigts ...
- *Signes dermatologiques* : lésions de vascularite, phénomène de Raynaud
- *Atteinte pleuro- pulmonaire* : *pleurésie exsudative* riche en lymphocytes, à différencier surtout d'une pleurésie tuberculeuse (présence de facteur rhumatoïde dans le liquide, le taux de glucose bas et la régression sous corticothérapie), *fibrose pulmonaire* pouvant se compliquer d'une *hypertension artérielle pulmonaire, nodules rhumatoïdes*.
- *Vascularites rhumatoïdes, sècheresse des muqueuses* (xérostomie et/ou xérophtalmie), *adénopathies et splénomégalie*
- *Atteinte oculaire* : sous forme de sclérite (œil rouge douloureux avec baisse de l'acuité visuelle) ou d'épisclérite (rougeur de l'œil sans baisse de l'acuité visuelle)
- *Ostéoporose* : la PR est un facteur indépendant d'ostéoporose.
- *Atteinte rénale* : exceptionnelle dans la PR, l'atteinte rénale est le plus souvent secondaire aux traitements reçus, notamment les AINS.

III- CE QU'IL FAUT CHERCHER SUR LES EXAMENS BIOLOGIQUES

III.1- UN SYNDROME INFLAMMATOIRE

Dans plus de 90% des cas, la VS et la CRP sont élevées et elles permettent d'évaluer le score d'activité de la maladie et d'établir un facteur pronostique.

III.2- LES MARQUEURS AUTO- IMMUNS

Aux dépens de test au Latex ou le Waller- Rose, il est actuellement recommandé de chercher le facteur rhumatoïde (FR) par les techniques ELISA ou néphélographie pour leur meilleure spécificité et sensibilité. L'anticorps anti- CCP se cherche par la technique ELISA. La combinaison anti- CCP/ FR a une spécificité de 100% pour la PR, une valeur prédictive positive de 100% et une valeur

prédictive négative de 88%. La seule positivité de l'anti- CCP a respectivement les valeurs suivantes : 99%, 63%, 63%.

IV- CE QU'IL FAUT CHERCHER À LA RADIOGRAPHIE

Les clichés à demander sont : mains de face, avant- pieds de face et $\frac{3}{4}$, thorax de face et des clichés des articulations douloureuses. La radiographie doit se faire dès la phase de début de la maladie pour servir de point de départ. Un contrôle tous les 6 mois la première année est nécessaire, puis tous les ans pendant 3- 5 ans, puis de manière plus espacée.

Les signes caractéristiques de la PR apparaissent à la phase d'état, soit environ 6 mois après le début :

- **érosion péri- articulaires** : flou des « joues » articulaires, puis encoches à limite floue au niveau de l'insertion capsulo- synoviale
- **pincement de l'interligne articulaire** : au stade avancé, les os du carpe sont soudés entre- eux et donnent l'aspect de carpite fusionnante
- **géodes**

V- COMMENT AFFIRMER LE DIAGNOSTIC ?

Le diagnostic se fait sur la base de faisceaux d'arguments décrits dans les critères diagnostiques de l'American College of Rheumatology (ACR).

Tableau I. Critères de l'ACR (1987) pour la polyarthrite rhumatoïde

Critère	Définition
Raideur matinal	Raideur matinale articulaire ou péri- articulaire durant au moins 1 heure
Arthrite d'au moins trois articulations	Gonflement simultané d'au moins trois articulations, constaté par un médecin et résultant d'une hypertrophie des tissus mous ou d'un épanchement articulaire (et non la seule hypertrophie osseuse). Il faut considérer 14 articulations : les IPP, MCP, poignets, coudes, genoux, chevilles, MTP
Arthrite touchant la main	Gonflement conforme à la définition sus- jacente d'au moins un des groupes articulaires suivants : poignet, MCP, IPP
Arthrite symétrique	Atteinte simultanée et bilatérale des articulations ou groupes d'articulations définis dans le critère N°2 (l'atteinte bilatérale des IPP, MCP ou des MTP est acceptable même s'il n'y a pas de symétrie parfaite)
Nodules rhumatoïdes	Nodosités sous- cutanées constatées par un médecin sur des crêtes osseuses ou des surfaces d'extension, ou en péri- articulaire
Présence de facteur rhumatoïde (FR)	FR dans le sérum en quantité anormale et par une technique dont le résultat est positif chez moins de 5% de sujets normaux
Signes radiographiques	Anomalies radiographiques typiques de la PR sur des clichés postéro- antérieurs des mains et des poignets, avec érosions osseuses et ostéoporose péri- articulaire certaine prédominant sur les articulations touchées.

Le diagnostic de PR peut être porté sur au moins quatre des sept critères. Les critères 1 à 4 doivent être présents depuis au moins 6 semaines.

VI- CE QU'IL FAUT SAVOIR SUR LE TRAITEMENT

L'indication thérapeutique est fonction de la sévérité de la maladie : le méthotrexate constitue le traitement de fond de référence initial. Il est prescrit à la dose de 10 à 25 mg/semaine (toujours se référer au dictionnaire VIDAL). Pour plus de détail, nous vous conseillons de voir les recommandations de la HAS 2007 (Haute Autorité de Santé) pour les traitements de la PR.

Les corticoïdes doivent toujours être associés à un traitement de fond, pendant une durée le plus court possible, en attendant la pleine efficacité de ce dernier. Le délai d'action du méthotrexate étant de 4- 6 semaines, on peut prescrire du prednisone peros (ou équivalent) à une dose minimale efficace, sans dépasser 10mg/j ou 0,15 mg/kg/j.

VIII- COMMENT FAIRE DE SUIVI DES PATIENTS ?

Le suivi des patients doit se faire toutes les 4 à 8 semaines. Au moins les paramètres suivants sont à évaluer durant le suivi :

- nombre des articulations douloureuses (NAD)
- nombre des articulations gonflées (NAG)
- évaluation de l'activité de la maladie par le patient (par l'EVA)
- vitesse de sédimentation (VS)

Il ne faut pas oublier de chercher les signes extra- articulaires, la tolérance des médicaments, le dosage de la CRP. Il n'est pas nécessaire de doser à nouveau le taux de FR et d'anticorps anti- CCP s'ils étaient déjà positifs car leurs valeurs sont seulement diagnostic, non pour le suivi des patients.