

Item 192 – Polyarthrite rhumatoïde

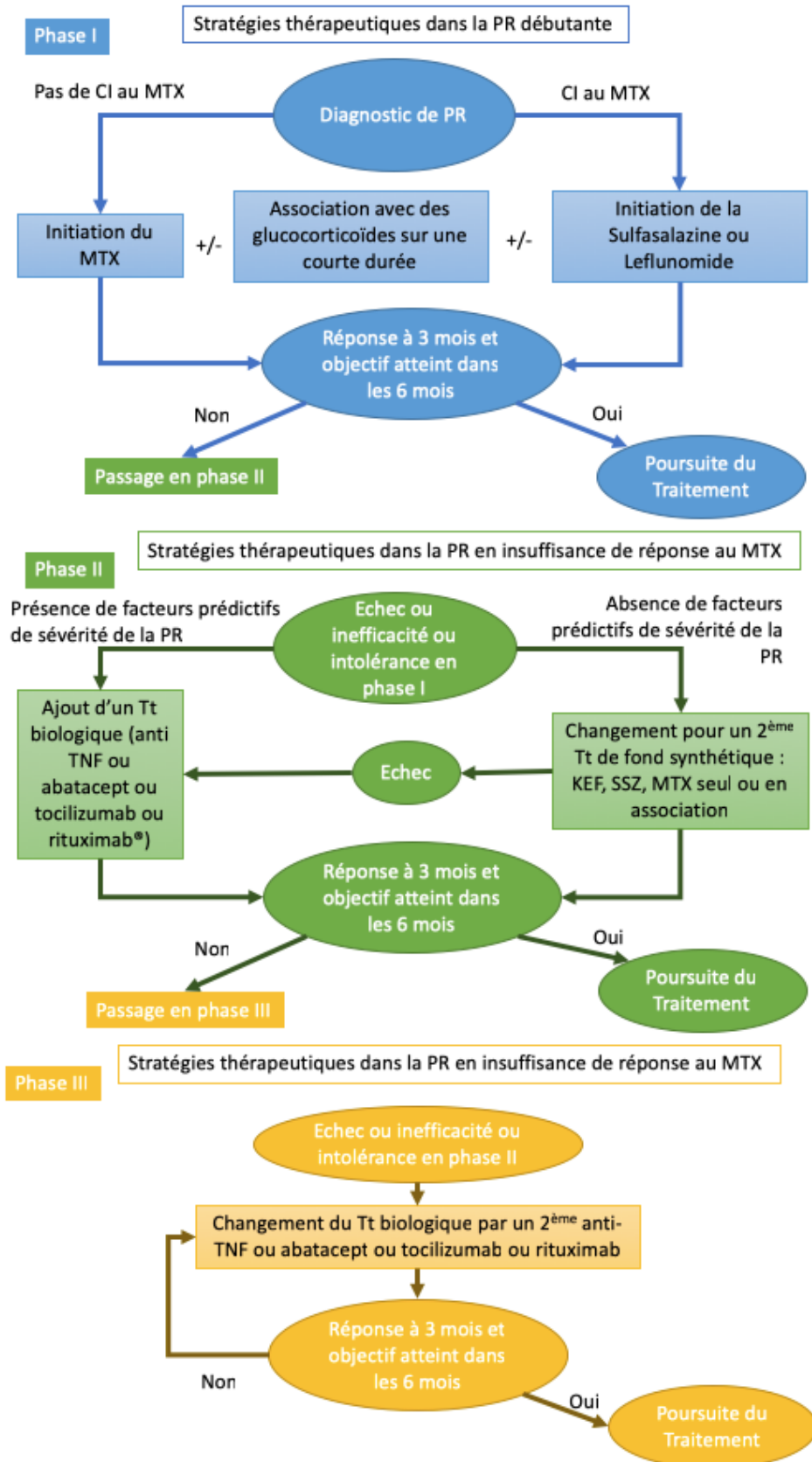
Epidémiologie	▪ Le plus fréquent des rhumatismes inflammatoires chroniques ▪ 50 ans, F > H ▪ Prévalence chez les apparentés au 1^{er} degré : 2-4%	
Physio-pathologie	▪ Cause inconnue ▪ Facteurs génétiques, tabagisme, microbiote buccal et intestinal... => Réponse immunitaire : facteur rhumatoïde, auto-Ac anti-protéines citrullinées (ACPA), synovite, destructions articulaires, chondrolyse	
Polyarthrite rhumatoïde débutante	Clinique	= Polyarthrite acromélique sans manifestations extra-articulaires/systémiques ▪ Douleurs (+ douleurs à la pression) articulaires inflammatoires et gonflements articulaires +/- épanchement liquidien intra-articulaire ▪ Pas de rougeur cutanée ▪ Atteinte préférentielle des poignets, articulations métacarpophalangiennes, interphalangiennes des doigts et articulations métatarsophalangiennes ▪ Bilatérale et symétrique ▪ Évolution > 6 semaines ▪ +/- Ténosynovites : extenseur ulnaire du carpe, extenseurs des doigts, fléchisseurs des doigts, +/- canal carpien
	Autres formes	○ Forme polyarticulaire aiguë fébrile : + AEG, évoque processus infectieux ○ Forme rhizomélique : hanche et épaules, > 65 ans, évoque pseudo-polyarthrite rhizomélique ○ Forme monoarticulaire : évoque arthrite septique ou arthrite microcristalline ○ Forme palindromique : poussées inflammatoires récidivantes, régressives en 2-3 jours, sans séquelles ○ Forme arthralgique : pas de gonflements, risque évolution vers PR (++) si ATCD de PR chez apparenté, localisation métacarpophalangienne, raideur matinale > 60min, gonflements articulaires, difficulté à serrer le poing, squeeze test +) => Rechercher CRP, FR, ACPA, signes inflammatoires à écho
	Biologie	▪ ↑ CRP, ↑ VS, +/- hyperleucocytose à PNn / thrombocytose / anémie inflammatoire ▪ FR + (Sp 65-85% ; Se 60-80%) ▪ ACPA + (Sp 90-95% ; Se 60-75%) ▪ Ponction articulaire : liquide inflammatoire, riche en cellules, PNn ++, stérile, sans cristaux
	Imagerie	▪ Érosions osseuses ou pincements des interlignes articulaires ▪ Répéter Rx tous les 6 mois la 1^{ère} année, tous les ans pour les 3 premières années ▪ +/- Echographie articulaire : épanchement liquidien intra-articulaire, mode Doppler (flux = caractère actif de la synovite)
	Critères DAS28-VS pour activité	▪ Décompte du nombre d'articulations douloureuses ▪ Décompte du nombre d'articulations gonflées ▪ Durée de la raideur matinale ▪ Mesure de l'intensité de la douleur ▪ Mesure de l'appréciation globale de la maladie par le patient à l'aide d'une EVA ▪ Mesure de la VS et/ou de la CRP
	Stades activité	▪ PR en rémission : DAS28-VS < 2,6 ▪ PR en faible niveau d'activité : $2,6 \leq \text{DAS28-VS} \leq 3,2$ ▪ PR modérément active : $3,2 < \text{DAS28-VS} \leq 5,1$ ▪ PR très active : DAS28-VS > 5,1
	Facteurs pronostiques de sévérité	▪ Maladie active : DAS28-VS > 8,2 de façon persistante ▪ Syndrome inflammatoire biologique intense ▪ FR + et/ou ACPA + ▪ Erosions sur les Rx ▪ Handicap fonctionnel : score HAQ $\geq 0,5$ ▪ Présence de manifestations extra-articulaires ou systémiques ▪ Présence de comorbidités cardiovasculaires, tumorales ou infectieuses
	Diagnostic différentiel	▪ Arthropaties infectieuses, arthrites microcristallines, rhumatisme psoriasique, spondyloarthrites, connectivites, lupus systémique, sclérodermie systémique, certaines vascularites, maladies auto-inflammatoires

		▪ <u>Examens complémentaires</u> : hémogramme, bilan rénal, bilan hépatique, recherche Ac anti-nucléaires, ponction articulaire, Rx thorax				
Polyarthrite rhumatoïde à la phase d'état	Signes ostéo-articulaires	Gonflements articulaires et/ou épanchement liquidien => déformations articulaires ○ <u>Atteinte des mains ++++</u> : - Déviation ulnaire en « coup de vent » - Déformation en « col de cygne » (index ++ et majeur ++) - Déformation en « boutonnière » - Déformation en « maillet » ou en « marteau » - Déformation du pouce en « Z » ⇔ arthrite métacarpophalangien - Déformation du pouce en « adductus » ⇔ arthrite trapézométacarpienne ○ <u>Atteinte des poignets</u> : - Luxation de la styloïde ulnaire en « touche de piano » => +/- rupture extenseur ulnaire du carpe - Limitation mobilité articulaire et sensation instabilité douloureuse du carpe - Arthrite médiocarpienne => +/- carpite fusionnante ⇒ Déviation ulnaire en « coup de vent » ○ <u>Atteinte de l'avant-pied</u> : - Plan horizontal : avant-pied triangulaire : hallux valgus, coup de vent, quintus varus - Plan vertical : avant-pied rond : subluxation puis luxation dorsale des métatarsophalangiennes, hyperextension de la 1^{ère} phalange,, flexion interphalangienne proximale, orteils en griffe ⇒ Hyperkératose : cors, callosités, durillons, bursite ○ <u>Atteinte médio-pied et arrière pied</u> : - Pied plat valgus = effondrement arche longitudinale médiale + valgus calcanéen ⇔ arthrites talo-naviculaire, sous-talienne, calcanéo-cuboïdienne - Lésions tendineuses -, ténosynovite du tendon tibial postérieur ○ <u>Atteinte des épaules</u> : - Arthrite scapulo-humérale - Bursite sous-acromio-delhoïdienne ⇒ Pincement interligne scapulo-humérale, érosions extrémités sup humérus, lésions des tendons de la coiffe des rotateurs ○ <u>Atteinte des coudes</u> : - Déficit extension - Majoration valgus physiologique ○ <u>Atteinte des genoux</u> : compartiment latéral ++ - Genu valgum, flectum du genou - Épanchement intra-articulaire +/- kyste du creux poplité ○ <u>Coxite rhumatoïde</u> (rare) : attitude vicieuse en flectum, limitation majeure de la mobilité ○ <u>Atteinte rachis cervical</u> : PR masculines, séropositives, érosives et nodulaires - Arthrite occipito-atloïdienne, arthrite atloïdo-axoïdienne pannus cervical haut - Érosions odontoïde, rupture ligament transverse atlas => subluxation atloïdo-axoïdienne antérieure - Limitation douloureuse de mobilité cervicale (rotation ++), manifestations neurologiques (⇔ compression médullaire cervicale haute)				
	Signes extra-articulaires	<table><tr><td>Signes généraux</td><td> ▪ Fébricule, amaigrissement lors poussées ▪ Asthénie, troubles du sommeil, retentissement psychologique </td></tr><tr><td>Nodules rhumatoïdes</td><td> ▪ 10-20%, après qq années évolution, ++ chez PR avec FR/ACPA + ▪ Lésions hypodermiques profondes : nécrose fibrinoïde collagénique éosinophile, infiltrat histiocytaire palissadique, cellules géantes, bordé par zone de fibrose + hypervascularisation + infiltrat cellulaire polymorphe </td></tr></table>	Signes généraux	▪ Fébricule, amaigrissement lors poussées ▪ Asthénie, troubles du sommeil, retentissement psychologique	Nodules rhumatoïdes	▪ 10-20%, après qq années évolution, ++ chez PR avec FR/ACPA + ▪ Lésions hypodermiques profondes : nécrose fibrinoïde collagénique éosinophile, infiltrat histiocytaire palissadique, cellules géantes, bordé par zone de fibrose + hypervascularisation + infiltrat cellulaire polymorphe
Signes généraux	▪ Fébricule, amaigrissement lors poussées ▪ Asthénie, troubles du sommeil, retentissement psychologique					
Nodules rhumatoïdes	▪ 10-20%, après qq années évolution, ++ chez PR avec FR/ACPA + ▪ Lésions hypodermiques profondes : nécrose fibrinoïde collagénique éosinophile, infiltrat histiocytaire palissadique, cellules géantes, bordé par zone de fibrose + hypervascularisation + infiltrat cellulaire polymorphe					

			▪ Sous-cutanés, fermes, indolores, mobiles ▪ Région olécrânienne, bursite rétro-olécrânienne, face post avant-bras, crête uniaire, face dorsale doigts, région ischiatique, tendon d'Achille, pieds ▪ +/- localisations viscérales : pleuropulmonaire ▪ Nodulite rhumatoïde : nodules rhumatoïdes, arthralgies, rhumatisme palindromique, géodes sous-chondrales
		Signes cardio-vasculaires	▪ Péricardite, endocardite ▪ Myocardite, troubles de la conduction ▪ Augmentation morbi-mortalité : sur-risque coronarien ou d'AVC
		Signes pleuro-pulmonaires	▪ Nodules rhumatoïdes ▪ Pleurésies rhumatoïdes ▪ Bronchiolites ▪ Pneumopathies organisées (PID : homme tabagique, PR nodulaire et FR++ et ACPA +++) ▪ Syndrome de Caplan-Colinet : PR + pneumoconiose
		Vascularite rhumatoïde	▪ Rare ▪ PR anciennes, masculines, tabagiques, FR+, ACPA+ ▪ = vascularite avec infiltrat paroi vasculaire constitué de cellules mononuclées, PNn, possibles lésions d'angéite nécrosante ▪ Signes cutanés (purpura vasculaire, livedo réticulaire, ulcère cutané, infarctus péri-unguéal, nécrose distale) + signes neuro périphériques (mono, multi ou polynévrite) + signes oculaires (épisléríte, scléríte, ulcération cornéenne) ▪ +/- signes cardiaques (péricardite, myocardite, sd coronarien), signes pulmonaires (hémorragie alvéolaire), signes digestifs (ischémie mésentérique), signes rénaux (glomérulonéphrite), signes neuro centraux
		Signes oculaires	▪ PR féminines, FR+ ▪ Scléromalacie perforante (la plus sévère) ▪ Syndrome de Gougerot-Sjögren 2aire (signes de xérophtalmie)
		Signes hématologiques	▪ Anémie inflammatoire ▪ ADP superficielles, mobiles, petite taille ▪ Syndrome de Felty : PR ancienne et nodulaire, FR +, splénomégalie, neutropénie, (ulcères cutanés, hyperpigmentation cutanée, polynévrite, épisléríte, anémie, positivité Ac anti-nucléaires) ▪ Leucémie à grands lymphocytes granuleux : splénomégalie, neutropénie, anémie/thrombopénie, hyperlymphocytose. Evolution favorable sous méthotrexate
		Signes rénaux	▪ Iatrogénie +++ : AINS ▪ Glomérulonéphrite, néphropathie interstitielle ▪ Si protéinurie ou syndrome néphrotique => rechercher amylose AA
	Comorbidités et mortalité		▪ <u>Plan cardiovasculaire</u> : ↑ mortalité => dépistage et PEC des FDR + contrôle optimal activité inflammatoire ▪ <u>Plan tumoral</u> : sur-risque de lymphomes (malins non hodgkiniens), ↑ cancers broncho-pulmonaires, ↓ cancers colo-rectaux, attention si TNF ↑ cancers du col utérin /dysplasies ▪ <u>Plan infectieux</u> : ↑ risque d'infections ▪ ↓ espérance de vie de 5-10 ans
Prise en charge thérapeutique	Objectifs		▪ Objectif de rémission DAS28 < 2,6 ou à défaut de faible niveau d'activité ≤ 3,2 ▪ Prévention des lésions structurales ▪ Prévention du handicap fonctionnel

- PEC manifestations extra-articulaires ou systémiques
- Préventions des comorbidités
- Préserver qualité de vie du patient
- Préserver capacités socio-professionnelles
- Préserver espérance de vie du patient

Schéma



Symptomatique

- AINS
- **Glucocorticoïdes** < 6 mois, 10mg/j puis diminution -> 5mg/j, sevrage en 3-6 mois

Autres

- Soins physiques et réadaptation fonctionnelle
- Tt chirurgical : synovectomies, ténosynovectomies, arthrodèses, arthroplasties prothétiques