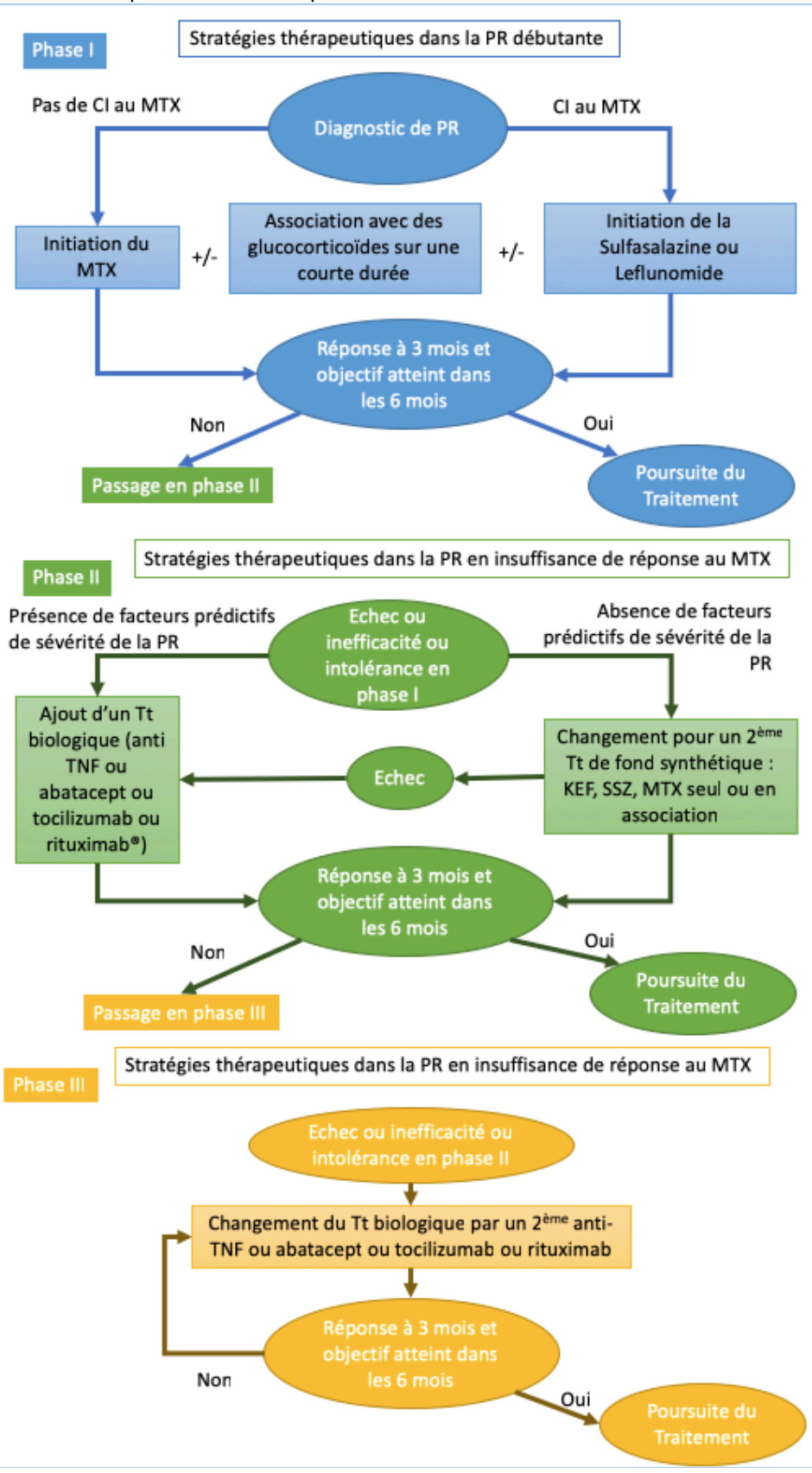
Item 192 – Polyarthrite rhumatoïde

Epidémiologie	▪ **Le plus fréquent** des rhumatismes inflammatoires chroniques ▪ 50 ans, F > H ▪ Prévalence chez les apparentés au 1er 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 **métatarsophalangienens** ▪ **Bilatérale** et **symétrique** ▪ Évolution > 6 semaines ▪ +/- **Ténosynovites** : extenseur ulnaire du carpe, extenseurs des doigts, fléchisseurs des doigts, +/- canal carpien
	Autres formes	○ **Forme polyarticulaire aigüe 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 1ère 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 ≤ DAS28-VS ≤ 3,2 ▪ PR **modérément active** : 3,2 < DAS28-VS ≤ 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 ≥ 0,5 ▪ Présence de **manifestations extra-articulaires** ou **systémiques** ▪ Présence de **comorbidités cardiovasculaires**, **tumorales** ou **infectieuses**
	Diagnostic différentiel	▪ Arthropaties infectieuses, arthrites microcristallines, rhumatisme psoriasiquen spondyloarthrites, connectivites, lupus systémique, sclérodermie systémique, certaines vascularites, maladies auto-inflammatoires

<table>
<tr><td></td><td></td><td colspan="2">▪ <u>Examens complémentaires</u> : hémogramme, bilan rénal, bilan hépatique, recherche Ac anti-nucléaires, ponction articulaire, Rx thorax</td></tr>
<tr><td rowspan="3">Polyartrhite rhumatoïde à la phase d'état

 </td><td>Signes ostéo-articulaires</td><td colspan="2">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 métacarpophalangienen
- 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 1ère 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-deltoïdienne
⇨ 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, flessum du genou
- Epanchement intra-articulaire +/- kyste du creux poplité
○ <u>Coxite rhumatoïde</u> (rare) : attitude vicieuse en flessum, 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)</td></tr>
<tr><td rowspan="2">Signes extra-articulaires</td><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>

			▪ **Sous-cutanés, fermes, indolores, mobiles** ▪ Région olécrânienne, bursite rétro-olécrânienne, face post avant-bras, crête unaire, 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 poly-névrite) + signes **oculaires** (épisclérite, sclérite, 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, épisclérite, 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 protéinurire 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 prothéiques