

Polyarthrite rhumatoïde : les essentiels

Epidémiologie

- Maladie inflammatoire et auto-immune rhumatologique la plus fréquente
- 0,35% de la population en France
- Déclenchement plus fréquent à partir de la 4^e décennie
- Pathologie plus fréquente chez les femmes

Physiopathologie et facteurs de risque

- Réaction inflammatoire précoce et exagérée de la membrane synoviale par :
 - Réponse immunitaire innée
 - Réponse immunitaire spécifique incontrôlée
- Facteurs de risque : Tabagisme +++, Stress, pollution, microbiote?
- Terrain favorisant génétique avec gènes HLA DR plus fréquents
- Rôle du TNF-alpha, des interleukines 1, 17, 6 ...

Clinique en rhumatologie

- Lésions : **Synovites**
- Polyarthrite bilatérale et symétrique
- Douleurs de rythme inflammatoire
- Sièges préférentiels: poignets, métacarpo-phalangiennes et inter-phalangiennes proximales

Diagnostic

- Bilan biologique :
 - Anticorps anti-peptide citrullinés
 - Facteur rhumatoïde
 - Recherche d'un syndrome inflammatoire (VS, CRP)
- Bilan radiologique :
 - Radiographies des mains, pieds : recherche pincements, érosions, géodes
 - Echographie et IRM : diagnostic précoce

Critères diagnostiques de l'ACR/EULAR 2010

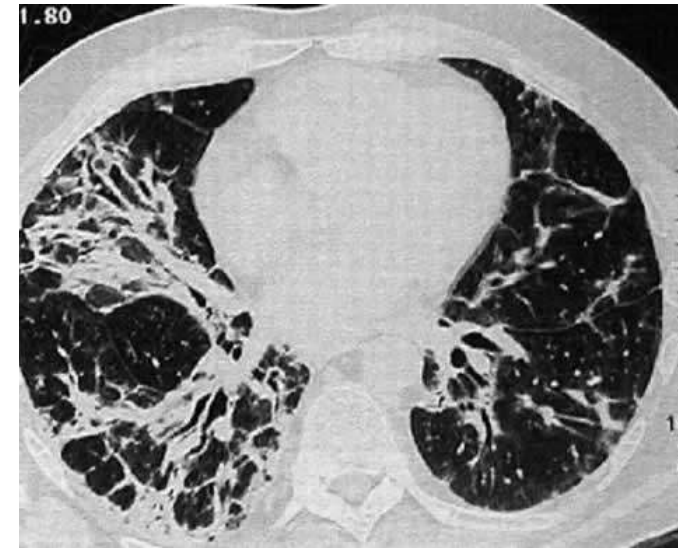
- Nombre d'articulations atteintes
- Dosage facteur rhumatoïde et anticorps anti CCP
- Dosage CRP et VS
- Durée d'évolution

Score supérieur ou égal à 6/10 pour le diagnostic

	SCORE
Nombre d'articulations atteintes	
1 grosse articulation	0
2 à 10 grosses articulations	1
1 à 3 petites articulations	2
4 à 10 petites articulations	3
> 10 articulations	5
Auto-anticorps (FR et ACPA)	
FR – et ACPA -	0
FR + et/ou ACPA + (< 3 N)	2
FR + et/ou ACPA + (> 3N)	3
Durée d'évolution des synovites	
< 6 semaines	0
> 6 semaines	1
Marqueurs biologiques de l'inflammation	
VS et CRP -	0
VS et/ou CRP +	1

Manifestations extra-cutanées : maladie rhumatoïde

- Syndrome sec
- Atteinte cutanée
- Atteinte cardiaque : péricardite, myocardite
- Atteinte pulmonaire : pleurésie, nodules rhumatoïdes, fibrose
- Atteinte oculaire : sclérite, épisclérite
- Atteinte hématologique : anémie inflammatoire, syndrome de Felty
- Atteinte rénale : amylose AA



Examens recommandés au diagnostic

- NFS
- CRP, VS
- Transaminases
- Créatininémie, bandelette urinaire
- Facteur rhumatoïde (FR) et anticorps anti-peptide citrulliné (ACPA)
- Anticorps anti-nucléaires
- Radiographies mains, poignets (F+P), avant-pieds (F + P + oblique) : recherche de pincement, érosions, géodes

Evaluation de l'activité de la maladie

- **Score DAS 28** (calcul avec total entre 0 et > 5,1)

comprenant :

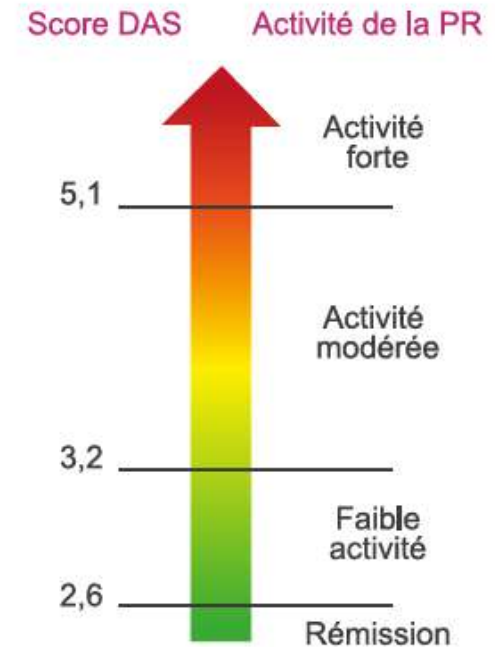
Nombre d'articulations douloureuses parmi 28

- Nombre d'articulations gonflées
- VS à la première heure
- Evaluation globale de sa maladie par le patient lui-même entre 0 et 10

- **Bilan de retentissement fonctionnel : HAQ**

- **Score SDAI** (rémission <5, activité forte >40)

NAD (sur 28) + NAG (sur 28) + Evaluation globale patient (0-10, en cm) +
Evaluation globale médecin (0-10, en cm) + CRP (mg/dl)





Evolution



- En l'absence de traitement : destruction articulaire irréversible, handicap et réduction de l'espérance de vie de 10 ans
- Traitement précoce nécessaire

Déformations articulaires débutantes

- Début de coup de vent cubital



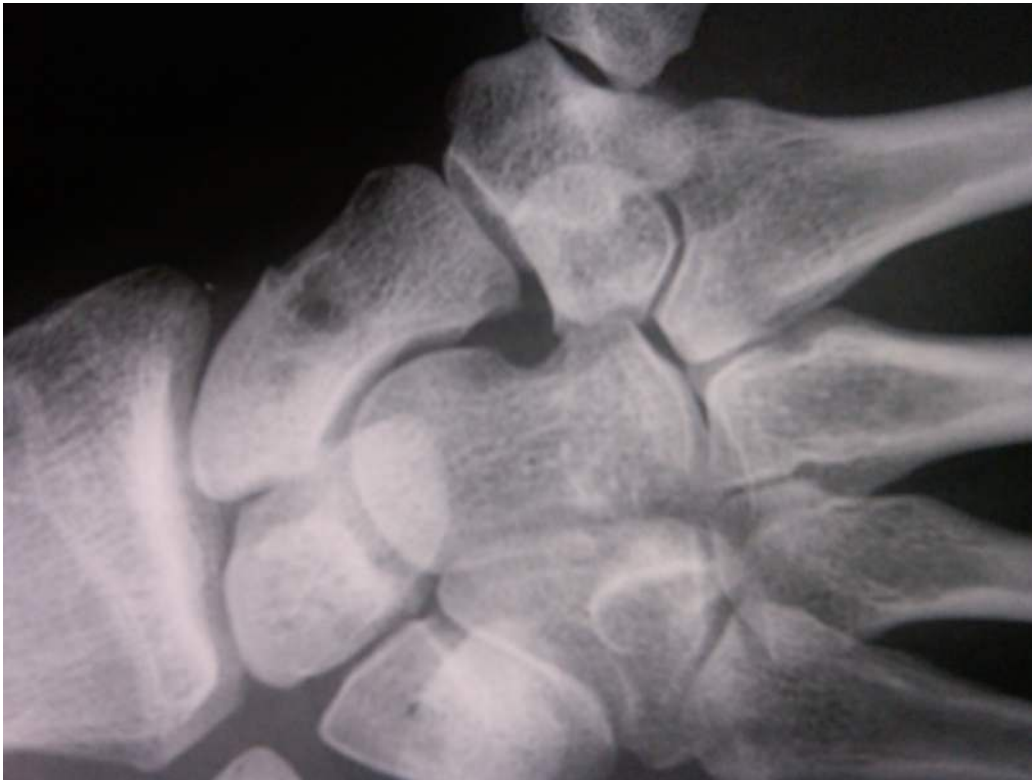
Déformations articulaires évoluées



Déformations articulaires

- Pouce en Z
- Doigts en maillet : flessum de l'IPD

Imagerie : radiographie standard



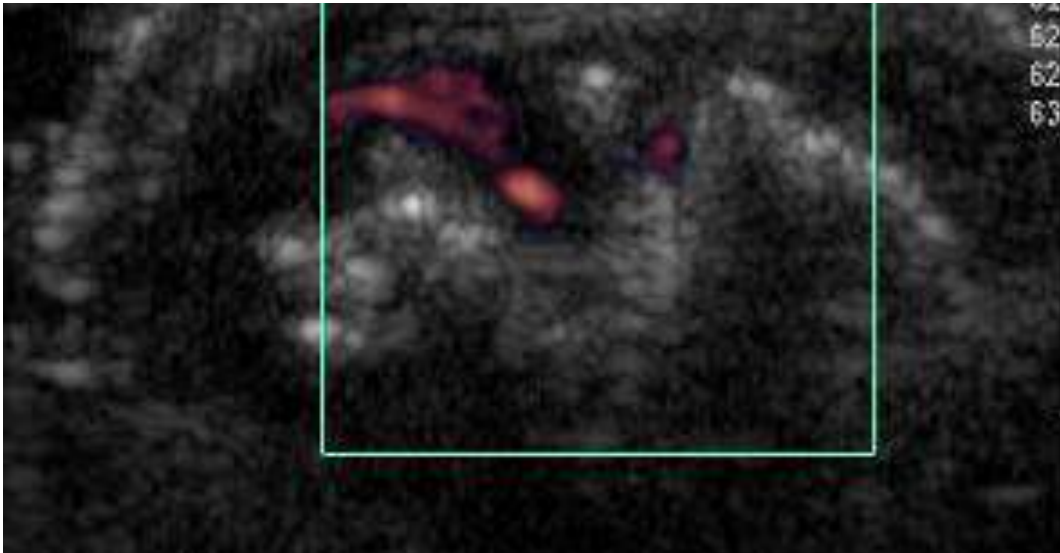
Erosion et géode du scaphoïde



Carpite, destruction des MCP

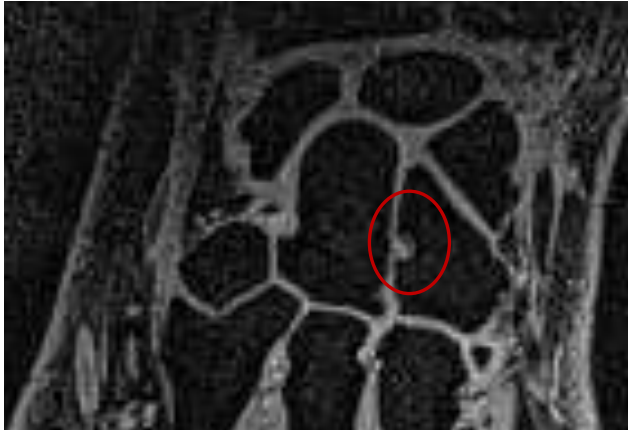
Imagerie : échographie

- Permet un diagnostic plus précoce des synovites
- Hypervascularisation au doppler
- Mais opérateur-dépendant



Synovite d'une MCP

Imagerie : IRM



- Permet une détection précoce
- Détection d'œdème osseux prédictif de l'apparition d'érosions osseuses
- Opérateur indépendant

Traitement

Première ligne

Méthotrexate (MTX)

10 mg/semaine jusqu'à 20 mg +/- corticothérapie faible dose initiale
(max 6 mois)

SI CI ou ES : Léflunomide (20 mg/jour) ou Sulfasalazine (3g/jour)

Mesures associées : rééducation, réadaptation, éducation thérapeutique, prise en charge diététique et psychologique, prise en charge facteurs de risque cardio-vasculaires, prise en charge dentaire, recherche et traitement d'une ostéoporose

Traitement

Deuxième ligne en cas d'échec ou d'inefficacité du MTX seul

Biomédicament + MTX (traitement préférable)

Si impossibilité d'association privilégier anti IL-6 ou anti-JAK en monothérapie

OU

Association de traitements conventionnels (peu réalisé, pour une maladie peu active)

(MTX, léflunomide, sulfasalazine)

Mesures associées : rééducation, réadaptation, éducation thérapeutique, prise en charge diététique et psychologique, prise en charge facteurs de risque cardio-vasculaires, prise en charge dentaire, recherche et traitement d'une ostéoporose

Traitement

TROISIEME LIGNE

Rotation de biomédicament (2^e antiTNF ou abatacept ou tocilizumab ou rituximab ou anti JAK)

Mesures associées : rééducation, réadaptation, éducation thérapeutique, prise en charge diététique et psychologique, prise en charge facteurs de risque cardio-vasculaires, prise en charge dentaire, recherche et traitement d'une ostéoporose

Biomédicaments

- **Anti-TNF-alpha :**

- etanercept (50 mg SC 1 fois par semaine)
- adalimumab (40 mg SC toutes les deux semaines)
- infliximab (3 mg/kg IV toutes les huit semaines)
- certolizumab (200 mg SC toutes les deux semaines)
- golimumab (50 mg SC une fois par mois)

- **Anti-CD20 :**

- Rituximab (2 perfusions de 1g à 15 jours d'intervalle)

Biomédicaments

- **Inhibiteurs de l'IL-6 :**
 - sarilumab (200 mg SC toutes les deux semaines)
 - tocilizumab (162 mg SC une fois par semaine)
- **Modulateur de la co-stimulation des lymphocytes T :**
 - abatacept (125 mg SC une fois par semaine)
- **Inhibiteurs de Janus-kinases :**
 - baricitinib (4 mg en cp une fois par jour)
 - tofacitinib (5 mg en cp deux fois par jour)

Suivi

- Suivi clinique (au début tous les 1 à 3 mois), biologique et radiologique (annuel)
- Espacement des traitements si rémission obtenue
- **Pas d'arrêt des traitements : maladie chronique**

BIBLIOGRAPHIE

- **Daïen C, Hua C, Gaujoux-Viala C, Cantagrel A, Dubremetz M, Dougados M, et al. Actualisation des Recommandations de la Société française de rhumatologie pour la prise en charge de la polyarthrite rhumatoïde. Rev Rhum. janv 2019;86(1):8-24.**
- **www.CRI.net**
- Lee DM, Weinblatt ME. Rheumatoid arthritis. Lancet Lond Engl. 15 sept 2001;358(9285):903-11.
- Symmons D, Turner G, Webb R, Asten P, Barrett E, Lunt M, et al. The prevalence of rheumatoid arthritis in the United Kingdom: new estimates for a new century. Rheumatol Oxf Engl. juill 2002;41(7):793-800.
- Dadoun S, Zeboulon-Ktorza N, Combescure C, Elhai M, Rozenberg S, Gossec L, et al. Mortality in rheumatoid arthritis over the last fifty years: systematic review and meta-analysis. Jt Bone Spine Rev Rhum. janv 2013;80(1):29-33.
- Aletaha D, Neogi T, Silman AJ, Funovits J, Felson DT, Bingham CO, et al. 2010 Rheumatoid arthritis classification criteria: an American College of Rheumatology/European League Against Rheumatism collaborative initiative. Ann Rheum Dis. 1 sept 2010;69(9):1580-8.

BIBLIOGRAPHIE

- Panayi GS, Wooley P, Batchelor JR. Genetic basis of rheumatoid disease: HLA antigens, disease manifestations, and toxic reactions to drugs. Br Med J. 11 nov 1978;2(6148):1326-8.
- Burmester G-R, Kivitz AJ, Kupper H, Arulmani U, Florentinus S, Goss SL, et al. Efficacy and safety of ascending methotrexate dose in combination with adalimumab: the randomised CONCERTO trial. Ann Rheum Dis. juin 2015;74(6):1037-44.
- Krieckaert CL, Nurmohamed MT, Wolbink GJ. Methotrexate reduces immunogenicity in adalimumab treated rheumatoid arthritis patients in a dose dependent manner. Ann Rheum Dis. nov 2012;71(11):1914-5.
- Prevoo ML, van 't Hof MA, Kuper HH, van Leeuwen MA, van de Putte LB, van Riel PL. Modified disease activity scores that include twenty-eight-joint counts. Development and validation in a prospective longitudinal study of patients with rheumatoid arthritis. Arthritis Rheum. janv 1995;38(1):44-8.