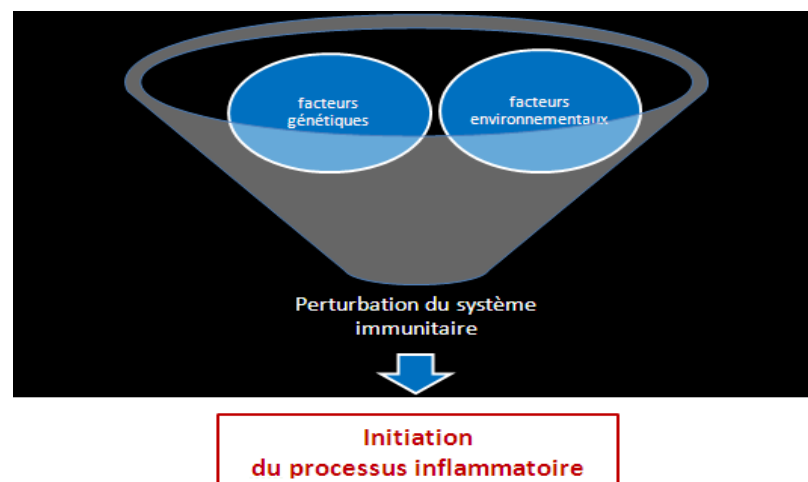


# Polyarthrite rhumatoïde

Pr S Ndongo

La polyarthrite rhumatoïde (PR) est une maladie auto-immune systémique à prédominance synoviale, d'étiologie inconnue évoluant par poussées et rémissions. C'est le plus fréquent rhumatisme inflammatoire chronique au monde.



La PR évolue, cliniquement, en 2 phases : une phase de début marquée par les douleurs articulaires inflammatoires distales, et une phase d'état caractérisée par les déformations.

**Phase de début** : la forme polyarticulaire de la femme adulte est la plus fréquente, elle a un début progressif sur plusieurs semaines. Ce début est marqué par des douleurs articulaires inflammatoires, périphériques, distales, bilatérales, et symétriques. Ces douleurs sont fixes, additives, et intéressent principalement les petites articulations : il s'agit d'un rhumatisme acromélique.

A ce stade de début, le diagnostic est difficile à porter. Les signes cliniques sont peu spécifiques, le syndrome inflammatoire biologique est absent ou modéré, et la recherche des facteurs rhumatoïdes est négative.

La radiographie standard des articulations est normale ou, tout au plus, montre un épaississement des parties molles en rapport avec l'œdème inflammatoire.

Le diagnostic, très utile à ce stade, doit s'aider des moyens d'imagerie modernes beaucoup plus fiables dans la détermination des lésions structurales.

La ponction articulaire, réalisée dans des conditions aseptiques, ramène un liquide synovial inflammatoire avec un nombre de cellules supérieur à 1500 éléments/ml. Ce liquide est à prédominance composé de polynucléaires neutrophiles, stérile et sans microcristaux.

Critères ACR/EULAR 2009 pour le diagnostic d'une PR débutante.

*Devant une polyarthrite débutante avec des radiographies normales et en l'absence d'un diagnostic d'une autre maladie.*

| Type d'atteinte articulaire (0-5)                  | Score |
|----------------------------------------------------|-------|
| 1 articulation moyenne ou grosse                   | 0     |
| 2-10 articulations moyennes ou grosses             | 1     |
| 1-3 petites articulations                          | 2     |
| 4-10 petites articulations                         | 3     |
| >10 articulations (au moins 1 petite articulation) | 5     |
| <b>Sérologie (0-3)</b>                             |       |
| Ni FR ni Anti-CCP                                  | 0     |
| Au moins un test faiblement positif                | 2     |
| Au moins un test fortement positif                 | 3     |
| <b>Durée de la synovite (0-1)</b>                  |       |
| <6 semaines                                        | 0     |
| >6 semaines                                        | 1     |
| <b>Marqueurs de l'inflammation (0-1)</b>           |       |
| Ni CRP ni VS élevée                                | 0     |
| CRP ou VS élevée                                   | 1     |

Le diagnostic de PR est posé si le score est  $\geq 6$ .

**A la phase d'état**, le diagnostic est facile. Les déformations, caractéristiques de la maladie, s'installent plus ou moins rapidement en fonction de la sévérité de celle-ci. Les articulations touchées sont le siège d'une inflammation permanente, entraînant des lésions ostéo-cartilagineuses irréversibles.

L'atteinte articulaire évolue par poussées et rémissions successives. Chaque nouvelle poussée, s'accompagne d'une aggravation des lésions antérieures et de la survenue de nouvelles localisations. Seuls le rachis dorsal, le rachis lombaire et les articulations sacro-iliaques sont épargnés.

Les déformations sont nombreuses, et aussi caractéristiques les unes que les autres. Elles font partie des éléments du retentissement psychologique de la maladie. En effet, elles « extériorisent » la maladie qui demeurerait, jusque-là, un vécu personnel.

- Au niveau des mains et des poignets
  - Doigts en boutonnière : hyperextension de l'interphalangienne distale et flexion de l'interphalangienne proximale.
  - Doigts en col de cygne : flexion de l'interphalangienne distale et hyperextension de l'interphalangienne proximale.
  - Doigts en maillet : flexion de l'interphalangienne distale et rectitude de l'inter-phalangienne proximale.
  - Pouce en Z : flexion de la première métacarpophalangienne et hyperextension de l'inter-phalangienne.
  - Coup de vent : déviation vers le cubitus de tous les rayons de la main atteinte.
  - Pouce adductus : il est secondaire à une arthrite trapézo-métacarpienne.
  - Touche de piano : luxation dorsale de la styloïde cubitale, réductible à la pression.
  - Dos de chameau : subluxation antérieure de l'articulation radio-carpienne associée à une ténosynovite des tendons extenseurs des doigts.

- Au niveau des pieds

Plusieurs types de déformation sont observés au niveau des pieds : subluxation des orteils prenant un aspect en griffe ou en marteau, hallux valgus donnant un avant-pied triangulaire...

- Autres articulations

Les autres articulations peuvent être le siège de déformations à type de flessus, d'ankylose, de subluxation...

A ce stade les stigmates immuno-biologiques sont présents avec un important syndrome inflammatoire. L'hémogramme met en évidence une anémie normochrome normocytaire d'origine inflammatoire, une hyperleucocytose, et une thrombocytose. La vitesse de sédimentation est accélérée, la C-réactive protéine augmentée, et l'électrophorèse des protéines montre une hypergammaglobulinémie polyclonale.

La recherche de facteurs rhumatoïdes et des anticorps anti-peptides cycliques citrillunés est positive.

Les lésions structurales sont évidentes à la radiographie standard. Les incidences suivantes doivent être systématiquement demandées : mains et poignets de face, avant-pieds de face,

poumons de face ainsi que la radiographie de toute autre articulation douloureuse. Plusieurs anomalies sont possibles : déminéralisation en bande, géodes, érosions, subluxation et luxations. Ces anomalies sont souvent associées.

L'examen physique, complet, doit être centré sur l'appareil locomoteur. Toutes les articulations, particulièrement celles qui sont atteintes, doivent être examinées à la recherche de synovites, de déformations, et/ou de limitations. Le caractère systémique de la PR doit faire rechercher une extension à tous les autres appareils et systèmes d'organe.

## **Evolution**

La PR est une affection très hétérogène, aussi bien dans sa présentation clinique que dans son évolution. Il existe des formes « bénignes » pouvant évoluer pendant plusieurs années sans anomalie structurale. A l'opposé, d'autres formes très « malignes » sont responsables de dégradation structurale avancée, après une courte période d'évolution.

La surveillance de la maladie repose sur plusieurs éléments, clinico-biologiques et radiographiques, qui sont généralement intégrés dans des index composites validés par les sociétés savantes.

## **Formes cliniques**

Les formes cliniques de la PR sont nombreuses. Elles rendent compte de l'hétérogénéité de la maladie. Leur individualisation est nécessaire, puisque certaines localisations peuvent engager le pronostic vital.

### *Formes symptomatiques*

Le tableau clinique peut se présenter sous forme de mono ou d'oligo-arthralgies asymétriques. Dans ces formes, la biopsie synoviale, sous arthroscopie, est une aide au diagnostic. Les formes fébriles pures, quant à elles, sont très déroutantes, et restent une cause peu classique de fièvre prolongée en Médecine Interne.

### *Formes selon le terrain*

- Chez le sujet âgé, la PR présente des particularités tendant à en faire une entité clinique à part. L'atteinte est le plus souvent rhizomélisque, et le tableau s'associe à une importante altération de l'état général. Le vieillissement de plus en plus croissant de la population dans certains pays explique le regain d'intérêt pour les polyarthrites du sujet âgé.
- Femme enceinte : la PR est, classiquement, en rémission chez la femme enceinte. Néanmoins, la plupart des immunosuppresseurs utilisés dans le

traitement de fond de la PR, en particulier le méthotrexate, sont contre indiqués au cours de la grossesse et de l'allaitement. Cela contribue à limiter les possibilités thérapeutiques, en plus de la difficulté, dans notre contexte, à faire adhérer certaines patientes à une contraception prolongée sans doute pour des raisons culturelles.

- Chez l'homme : les formes atypiques sont nombreuses, avec notamment une présentation oligo-articulaire asymétrique.

#### *Formes extra-articulaires*

Elles sont variées, et rendent compte du caractère systémique de la maladie.

- Nodules rhumatoïdes
- Manifestations pleuro-pulmonaires

Elles sont à type de pleurésie exsudative lymphocytaire, et de fibrose pulmonaire.

Le syndrome de *Caplan-Colinet*, décrit chez des mineurs atteints de PR, s'associe à de volumineux nodules pulmonaires parenchymateux.

- Manifestations cardiaques

Les atteintes péricardiques sont en général asymptomatiques. D'autres fois, on peut noter des douleurs précordiales d'intensité variable à type de brûlure. Les atteintes myocardiques se traduisent par des troubles du rythme et/ou de la conduction. Les atteintes endocardiques sont beaucoup plus rares.

- Manifestations spléno-ganglionnaires

Une splénomégalie modérée de type II selon la classification de *Hackett* est possible, de même que des adénopathies chroniques non inflammatoires qui siègent particulièrement au niveau épitrochléen. L'association splénomégalie et leucopénie est appelée syndrome de *Felty*. Ce syndrome est rarement observé dans les cohortes noires africaines.

- Manifestations oculaires

Elles sont à type de sclérite et d'épisclérite.

#### *Formes associées*

Un syndrome de Goujeröt Sjögren secondaire est fréquemment associé à la PR. D'autres maladies auto-immunes associées doivent être systématiquement recherchées.

#### *Formes compliquées*

- Atteinte atloïdo-axoïdienne
- Vascularites : elles surviennent en général sur des PR anciennes, vieilles, peu inflammatoires.
- Amylose : elle est secondaire, et survient dans les formes évoluées.

- Risque vasculaire

## Principes du traitement

Le traitement de la PR requiert une véritable stratégie thérapeutique en fonction du malade et du stade évolutif de la maladie, au mieux élaborée par une équipe multidisciplinaire.

### *Moyens médicamenteux symptomatiques*

- Antalgiques
- Anti-inflammatoires non stéroïdiens
- Corticoïdes par voie générale, ou par voie locale

### *Chirurgie*

- Articulations déformées
- Amputations de gangrène
- Prothèse

### *Moyens médicamenteux de fond*

- Conventionnels
  - Méthotrexate
  - Sulfasalazine
  - Léflunomide
  - Azathioprine
  - Hydroxychloroquine
- Biomédicaments et biosimilaires
  - Infliximab, Adalimumab
  - Rituximab, Tocilizumab
  - Etanercept
- Les tinibs

### *Rééducation*

- Kinésithérapie
- Ergothérapie
- Réadaptation fonctionnelle

### *Psychothérapie de soutien*