Evaluation, diagnostic et diagnostic différentiel à l'intention de l'interniste

Polyarthrite

Prof. Dr méd. Burkhard Möller[a], Dr méd. Alexandra Studhalter-Pallini[b]

[a] Universitätsklinik für Rheumatologie, Immunologie und Allergologie, Inselspital Bern; [b] Praxis beim Rathaus, Zofingen

Les troubles articulaires constituent un problème fréquent au cabinet du médecin de famille. Contrairement aux polyarthralgies ou aux polyarthroses, la polyarthrite est certes plus rare, mais son diagnostic précoce a des implications à long terme très pertinentes et il faut dès lors ne pas passer à côté. Cet article a pour objectif d'apporter une aide en cas de diagnostic de suspicion d'une polyarthrite et il contient des propositions pour une prise en charge coordonnée assurée à la fois par le médecin de famille et le rhumatologue.

Introduction/contexte

Au cours des dernières décennies, le terme «polyarthrite» n'a pas été utilisé de manière uniforme dans l'espace francophone. En outre, il a connu certaines transformations au cours du temps. En fonction de l'école rhumatologique, il a été utilisé soit de manière purement descriptive pour désigner toute affection polyarticulaire soit en tant que synonyme de «polyarthrite rhumatoïde» (PR). Dans ce dernier cas, il a généralement été assorti de l'adjectif «chronique» pour le distinguer des affections polyarticulaires de survenue aiguë ou subaiguë et souvent uniquement passagères. Pour exprimer le fait que sa cause n'est pas connue, les qualificatifs «chronique primaire» ont en outre été utilisés. La version française de la CIM-10 actuellement en vigueur en Suisse parle de «polyarthrite rhumatoïde», tandis que la version allemande utilise l'ancienne dénomination «polyarthrite chronique».
Ainsi, le terme «polyarthrite» sans qualificatifs supplémentaires ne renseigne pas sur ce qui se cache véritablement derrière ce diagnostic descriptif, tandis que le diagnostic de PR nous en apprend déjà davantage. La classification CIM fait certes une distinction supplémentaire entre la PR séronégative et la PR séropositive, mais cette dichotomie sous-estime largement la complexité effective du syndrome de PR. En réponse au souhait de la rédaction du journal, nous avons donc rédigé un article portant le titre «polyarthrite»; nous utiliserons le terme descriptif «polyarthrite» pour le chapitre consacré à la prise en charge diagnostique, tandis que le chapitre consacré au traitement se limitera à l'entité PR.

Alexandra Studhalter-Pallini

Burkhard Möller

Quelle est la durée acceptable pour la pose du diagnostic d'arthrite en cas d'arthralgies?

Dans le cas de la PR, une inflammation articulaire chronique peut rapidement être à l'origine de destructions articulaires irréversibles dès la première manifestation clinique. En effet, env. 20% des patients atteints de PR ne recevant pas de traitement adéquat développent déjà au cours des premiers mois après la survenue des premiers symptômes des lésions articulaires irréversibles, ce qui aurait pu être évité par un

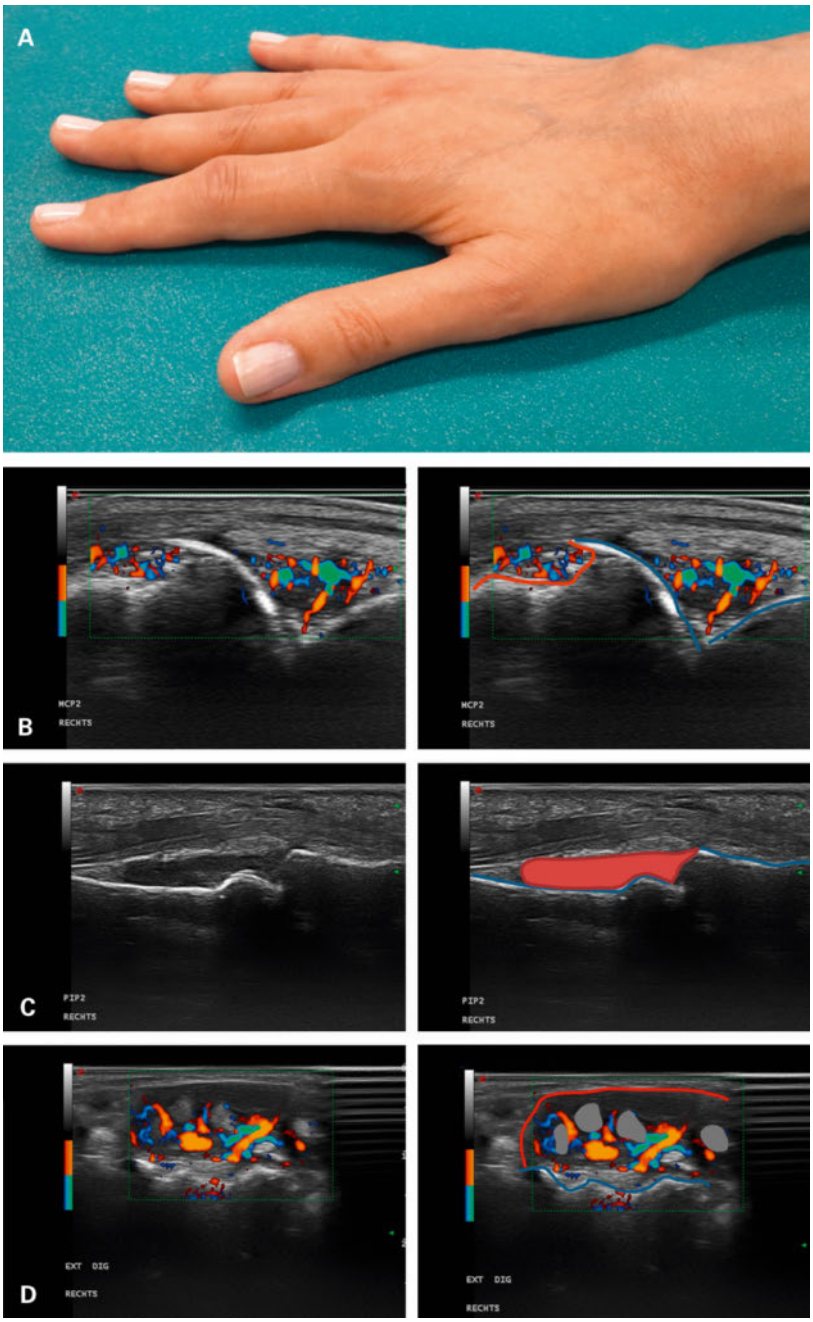

Figure 1: Signes cliniques et échographiques en cas de polyarthrite rhumatoïde. **A:** Tableau clinique typique. Veuillez noter le gonflement de l'articulation métacarpo-phalangienne MCP2 au niveau du 2e doigt, le faible déficit d'extension de la 2e articulation interphalangienne proximale IPP 2 et la ténosynovite touchant le 4e compartiment des tendons extenseurs au niveau du poignet dans le cadre d'une PR oligoarticulaire active de longue date. **B:** Illustration des atteintes très caractéristiques de la PR à l'échographie sur une coupe longitudinale dorsale de l'articulation MCP 2 avec tuméfaction synoviale et mise en évidence d'une vascularisation élevée dans la membrane synoviale comme cause du gonflement prononcé, visible et palpable et d'une érosion (ligne rouge). **C:** Une tuméfaction synoviale de localisation palmaire (surface rouge) au niveau de l'articulation IPP 2 empêche l'extension complète (coupe longitudinale palmaire de l'articulation IPP 2 à l'échographie). Au-dessus, nous apercevons les tendons fléchisseurs intacts et la plaque palmaire. **D:** Coupe transversale d'une ténosynovite sévère au niveau du 4e compartiment des tendons extenseurs. Les fibres tendineuses transversales sont plus claires (gris clair sur l'illustration) que le tissu synovial pratiquement noir (limite supérieure rouge), dont la forte irrigation sanguine est en outre visualisée au moyen des signaux PwD avec codage couleur. Les surfaces osseuses normales sont représentées en gris sur les illustrations.

traitement approprié. Aujourd'hui, le défi consiste à écourter au maximum cet intervalle de temps où l'inflammation n'est pas contrôlée moyennant une initiation rapide du traitement.

Avant l'introduction des premiers traitements de fond, également appelés DMARD («*disease modifying antirheumatic drugs*»), il y a env. 50 ans, il n'existait pas de traitement spécifique de la PR et le traitement était exclusivement symptomatique. A l'époque, on se contentait d'initier un tel traitement symptomatique et de soulager ainsi les symptômes du patient, et la pose précoce du diagnostic exact était relativement insignifiante. Depuis l'introduction du méthotrexate, du léflunomide et des autres traitements de première ligne, mais surtout depuis le développement des traitements de fond biologiques, les possibilités thérapeutiques ciblées ont évolué de façon si radicale et spécifique à la maladie qu'il convient impérativement d'éviter tout retard de traitement d'une PR durablement active. Dans ce contexte, les rhumatologues parlent de «fenêtre d'opportunité» («*window of opportunity*»), qu'il ne faut pas manquer. Par conséquent, nous recommandons de recontrôler en l'espace d'1 mois les cas suspects, y compris ceux avec uniquement des anomalies difficilement objectivables, et d'affecter un diagnostic définitif avant l'initiation du traitement au moins pour tous les cas évidents, ainsi que pour les cas suspects de polyarthrite qui restent confus même après le deuxième examen.

Par souci d'exhaustivité, il convient également de signaler que non seulement la PR mais également les arthralgies de survenue nouvelle, en particulier lorsqu'elles sont associées à des symptômes généraux et organiques supplémentaires, peuvent constituer un indice diagnostique essentiel quant à la présence de maladies systémiques rhumatologiques parfois graves et nécessitant un traitement en urgence, telles que le lupus érythémateux, une autre connectivite ou une vascularite. A cette fin, il s'avère essentiel de procéder à une détermination des paramètres inflammatoires humoraux, à un hémogramme et à des analyses urinaires avant de réaliser un diagnostic immunologique plus spécifique.

Diagnostic de la polyarthrite et de la polyarthrite rhumatoïde

Contrairement aux arthralgies non spécifiques, le diagnostic d'arthrite peut uniquement être posé en cas de mise en évidence univoque de signes objectifs d'inflammation de la membrane synoviale (synovite) au niveau de plusieurs articulations (fig. 1). L'examen clinique révèle alors des articulations douloureuses à la

pression, enflées et présentant le plus souvent une limitation fonctionnelle. En cas d'expérience suffisante, l'arthrite peut être détectée par le seul biais de l'examen clinique; toutefois, en particulier dans les cas moins évidents ou douteux, les synovites devraient être évaluées par des examens d'imagerie, tels que l'échographie ou l'IRM, et ainsi être objectivées avec certitude.

Dans une perspective purement descriptive, il est question de polyarthrite en cas d'inflammation de cinq articulations ou plus. La radiologie conventionnelle ne permet pas de détecter suffisamment tôt les altérations spécifiques de la PR en vue de l'initiation précoce du traitement de fond, de sorte que cette méthode sert uniquement à documenter les anomalies initiales, par ex. des érosions peut-être déjà présentes depuis longtemps dans le cadre d'une polyarthrite jusqu'alors peu symptomatique. Il suffit de réaliser des radiographies en un plan des mains et des avant-pieds.

Depuis 2010, il existe une version révisée des critères de classification de la PR [1]. Celle-ci permet une identification univoque précoce de l'affection, l'objectif étant d'initier plus rapidement un traitement de fond spécifique. A cet effet, une série de critères ont été validés, permettant également de faire l'impasse sur la mise en évidence des érosions typiques à la radiographie conventionnelle. D'après la classification actuelle, pour la pose du diagnostic, il est suffisant d'objectiver la présence d'une articulation arthritique associée à des arthralgies affectant de nombreuses articulations essentiellement de petite taille, en combinaison avec les auto-anticorps typiques. Outre les facteurs rhumatoïdes bien connus, il s'agit là des anticorps anti-peptides cycliques citrullinés (anti-CCP), qui ont été découverts plus récemment et sont plus spécifiques et qui sont dirigés contre les peptides ayant fait l'objet d'une modification post-traductionnelle (citrullination ou carbamylation) par déimination de l'arginine ou de la lysine. La pondération des différents paramètres cliniques et de laboratoire est présentée dans le tableau 1. Outre l'examen articulaire, les paramètres inflammatoires humoraux permettent de déterminer l'activité inflammatoire de la PR. Il convient également de prêter attention à une anémie inflammatoire, non pas pour le diagnostic mais pour l'évaluation globale de la maladie. La figure 1 illustre la très bonne fiabilité de l'échographie pour le diagnostic et l'évaluation de l'activité de la PR aux stades précoces.

Tableau 1: Critères de classification ACR/EULAR de la PR. Adapté d'après [5].

Atteinte articulaire (0–5)	
1 grande articulation	0
2–10 grandes articulations	1
1–3 petites articulations	2
4–10 petites articulations	3
>10 articulations, dont au moins une petite	5
Sérologie (0–3)	
FR négatif et Ac anti-CCP négatifs	0
FR faiblement positif ou Ac anti-CCP faiblement positifs	2
FR fortement positif (>3 la valeur normale) ou Ac anti-CCP fortement positifs	3
Durée des symptômes (0–1)	
<6 semaines	0
≥6 semaines	1
Réaction de phase aiguë (0–1)	
CRP normale et VS normale	0
CRP anormale ou VS anormale	1
Score ≥ 6: diagnostic définitif de PR	

Epidémiologie de la polyarthrite rhumatoïde

La PR affecte env. 0,5–1% de la population. A l'échelle européenne, il existe des données épidémiologiques robustes provenant uniquement de petites régions, tandis qu'en Suisse, nous ne disposons d'aucune donnée démographique relative à l'incidence et à la prévalence de la PR, notamment pour des raisons de protection des données personnelles. Des données épidémiologiques collectées dans des régions définies relativement grandes d'outre-mer, mais qui sont probablement directement transposables à l'Europe, font état d'une incidence de la PR d'env. 5/10 000 personnes par an et d'une prévalence en lente progression comprise entre env. 0,5 et près de 1% dans une population vieillissante, comme c'est également le cas en Europe.

Risque de polyarthrite rhumatoïde et possibilités de prévention

Il existe une certaine prédisposition familiale, mais la plupart des nouveaux cas de PR surviennent de manière sporadique. Le risque global de PR est doublé chez les personnes ayant un apparenté proche atteint de PR. Autrefois, il était admis qu'il existait un risque génétique élevé pour la PR. Il a cependant été montré dans une étude scandinave que le taux de concordance plus élevé chez les jumeaux monozygotes par rapport aux jumeaux dizygotes expliquait uniquement 12% du risque global de PR, alors que le risque de PR était attribuable à 50% à des facteurs environnementaux communs et à 38% à des facteurs environnementaux distincts. Ainsi, des habitudes identiques, telles que le tabagisme, mais également l'hygiène buccale et le microbiote buccal pourraient être à l'origine d'une pure

coïncidence de sa survenue au sein d'une même famille.

Les polyarthrites idiopathiques telles que la PR surviennent rarement de manière fulminante. En règle générale, la PR, au même titre que d'autres polyarthrites idiopathiques immuno-médiées, débute de façon progressive et la pathogenèse de la PR est aujourd'hui considérée comme un processus graduel.

L'observation prospective de personnes ayant un parent atteint de PR constitue une opportunité unique d'identifier plus précisément les facteurs de risque génétiques et environnementaux et de favoriser le dépistage et le traitement précoces de cette affection. Une telle étude est également en cours en Suisse depuis 2009 (http://www.arthritis-checkup.ch). Sur la base des données jusqu'à présent disponibles provenant de cette étude en combinaison avec d'autres études, nous recommandons l'abstinence tabagique et une hygiène dentaire rigoureuse afin de réduire le risque global de PR.

Diagnostic différentiel de la polyarthrite

Du point de vue du diagnostic différentiel, le fait que la PR touche préférentiellement les femmes a de l'importance, bien que le mécanisme sous-jacent soit mal compris; en revanche, la distribution des âges des sujets affectés est très large et ne présente pas d'utilité sur le plan diagnostique. Une polyarthrite d'installation aiguë en l'espace de quelques jours fait plutôt penser à une origine infectieuse ou cristalline. Chez les sujets jeunes, il convient plutôt de songer à des déclencheurs infectieux viraux, tandis qu'à un âge avancé, la fréquence de la goutte et de la pseudo-goutte augmente considérablement. Cela s'applique tout particulièrement dans le contexte clinique, où des perturbations de l'équilibre hydro-électrolytique et acido-basique d'origine médicamenteuse ou autre favorisent la survenue de crises d'arthrite microcristalline. Un examen moins précis peut aussi laisser songer à un «syndrome polymyalgique», qui élargit encore davantage le diagnostic différentiel en direction de vascularites.

Infections virales

Les polyarthrites d'origine infectieuse touchant les petites articulations sont généralement de nature virale. Dans ce contexte, il convient en priorité d'exclure une hépatite B/C ou une infection par le VIH, ce qui est de toute façon indispensable avant l'initiation de la plupart des traitements de fond; dès lors, l'exclusion précoce de ces infections est très souhaitable sur le plan rhumatologique. D'autres infections virales, telles que l'infection à parvovirus B19, l'infection à virus d'Epstein-Barr ou la rubéole, sont certes plus fréquentes, mais elles sont auto-limitantes, n'ont la plupart du temps pas de conséquences thérapeutiques et jouent uniquement un rôle secondaire dans le quotidien du rhumatologue. Un dépistage général des infections virales n'est dès lors pas recommandé [2].

Infections bactériennes

Les articulations infectées par des bactéries présentent généralement une inflammation aiguë et prononcée, et les infections se limitent le plus souvent à une seule articulation ou à un faible nombre d'articulations. Le malaise généralisé peut s'accompagner de polyarthralgies et de myalgies; par conséquent, il convient également de songer à des arthrites septiques en cas de polyarthralgies avec une réaction inflammatoire sévère au niveau d'articulations isolées. Les inflammations articulaires d'origine immunologique provoquent très rarement une rougeur cutanée. Par ailleurs, les patients non traités atteints d'arthrite septique présentent généralement de la fièvre et d'autres signes généraux sévères, qui peuvent toutefois être masqués en cas de prise d'antipyrétiques. Il en va de même en cas d'antibiothérapie initiée *ex juvantibus*

Tableau 2: Diagnostic différentiel des résultats typiques de la ponction articulaire.

Epanchement articulaire	Hémorragique	Non inflammatoire	Stérile-inflammatoire	Purulent
Erythrocytes	+++	–	–	–
Numération leucocytaire	<2000/µl	<2000/µl	>2000/µl	>50 000/µl
Granulocytes	<40%	<40%	>40–90%	>90%
Causes typiques				
– sans détection de cristaux	Traumatisme, hémophilie, tumeur, synovite villonodulaire pigmentée	Traumatisme, arthrose, arthrite inactive	Arthrite inflammatoire active, telle que PR, SpA, etc.	Condition septique-purulente (bactérienne), rarement «pseudo-septique» en cas de PR, SpA, etc.
– avec détection de cristaux	Cristaux d'hydroxyapatite avec destruction osseuse	Cristaux de CPPD ou d'urate extracellulaires: phase inactive d'une goutte ou pseudo-goutte	Cristaux de CPPD ou d'urate intracellulaires: phase active d'une goutte ou pseudo-goutte	Une arthrite microcristalline pure est possible; une surinfection bactérienne doit être exclue

sans diagnostic approprié préalable. Il n'est alors plus possible de reconnaître l'origine septique avant l'arrêt des antibiotiques, de sorte que le problème n'est pas résolu après la baisse de la fièvre, la diminution des signes d'arthrite et l'arrêt du traitement, dont la durée est généralement trop coute pour une arthrite septique. Le résultat d'un traitement antibiotique doit être recontrôlé après l'arrêt des antibiotiques.

Par conséquent, après avoir pesé le pour et le contre, il convient de pratiquer une ponction articulaire et une analyse du liquide synovial avant l'initiation d'un traitement face à tout nouvel épanchement articulaire d'origine indéterminée et ce, dès qu'il y a le moindre soupçon. En cas de soupçon correspondant sur la base de la numération cellulaire, l'analyse générale du liquide synovial est suivie d'une mise en évidence de l'agent pathogène par coloration de Gram et culture bactérienne, éventuellement complétées par une PCR eubactérienne et par un antibiogramme servant de base pour l'antibiothérapie ciblée. Le tableau 2 apporte une aide pour l'interprétation des résultats de la ponction articulaire.

Arthrites microcristallines

La crise aiguë de goutte se manifeste typiquement sous forme de monoarthrite hyperaiguë avec de violentes douleurs (par ex. podagre ou autre localisation), mais la goutte peut également se présenter de manière polyarthritique au niveau des articulations métacarpo-phalangiennes, à l'instar de la PR. Plus fréquemment que la PR, la chondrocalcinose articulaire, également appelée maladie à cristaux de pyrophosphate de calcium, est responsable avec l'âge non seulement d'une pseudo-goutte avec crises monoarthritiques, mais également d'une polyarthrite de type pseudo-PR. En cas de survenue d'une chondrocalcinose articulaire chez un sujet jeune, ce qui est inhabituel, il convient de rechercher une forme secondaire de maladie.

Arthrites idiopathiques

Parmi les arthrites idiopathiques figurent les spondylarthropathies qui, d'après une proposition récente, devraient plutôt être appelées spondylarthrites (SpA) [3]. Font partie de ce groupe de maladies, comme c'était déjà le cas jusqu'à présent, la spondylarthrite ankylosante (maladie de Bechterew), dont la pose du diagnostic repose sur des signes caractéristiques à la fois à la radiographie conventionnelle et à l'examen clinique (limitation fonctionnelle avec articulation figée), mais également l'arthrite réactionnelle consécutive à une infection bactérienne du tractus urogénital, par ex. par des bactéries *Chlamydia*, ou du tractus gastro-intestinal par des bactéries de types salmonelles, *Yersinia*, *Campylobacter* ou autres entérobactéries, et la spondylarthrite dans le cadre de maladies inflammatoires chroniques de l'intestin.

Seule l'arthrite psoriasique constitue un diagnostic différentiel de la polyarthrite à considérer sérieusement en raison de sa présentation extrêmement hétérogène au sein du complexe des SpA. Outre des antécédents familiaux positifs de psoriasis, il convient de rechercher des manifestations cutanées, avant tout au niveau des faces d'extension des articulations, du cuir chevelu, du conduit auditif externe, du nombril et du sillon interfessier, ainsi que des manifestations au niveau des ongles des mains et des pieds; au niveau de l'appareil

Tableau 3: Aide à l'orientation pour certains des principaux diagnostics différentiels de la polyarthrite rencontrés par le médecin de premier recours (sans prétention d'exhaustivité ou de spécifité).

	Polyarthrite rhumatoïde	CPPD	Goutte	Arthrite psoriasique	Arthrite septique	(Vascularite, lupus, etc.)
Age lors de la survenue de la maladie	16–70	>50 Exception: forme familiale	M: 30–50 F: 50–70	35–50	Possible à tout âge	Possible à tout âge
Répartition des sexes	M:F 1:3	M = F	M:F: 2:1	M = F	M = F	
Début de la maladie	Insidieux	Aigu	Aigu	Insidieux	Aigu	Variable
Articulations souvent touchées	IPP, MCP, poignet, MTP, genou, articulation talo-crurale	Genou Poignet Doigts (2e + 3e rayon, avant tout en cas d'hémochromatose causale) MTP	Articulations MTP-1 Articulation talo-crurale Genou	IPD, IPP, genou, pied, axial, dactylite!, Enthésite!	90% monoarticulaire 10% polyarticulaire	Sur le plan clinique, souvent uniquement arthralgies
Tests de laboratoire	CRP/VS ↑ FR+ Anti-CCP+	Cristaux de pyrophosphate de calcium à la ponction	Cristaux d'acide urique à la ponction	En cas d'atteinte axiale, HLA-B27+	Gram / culture / PCR pour bactéries à partir de la ponction articulaire	ANA, ANCA

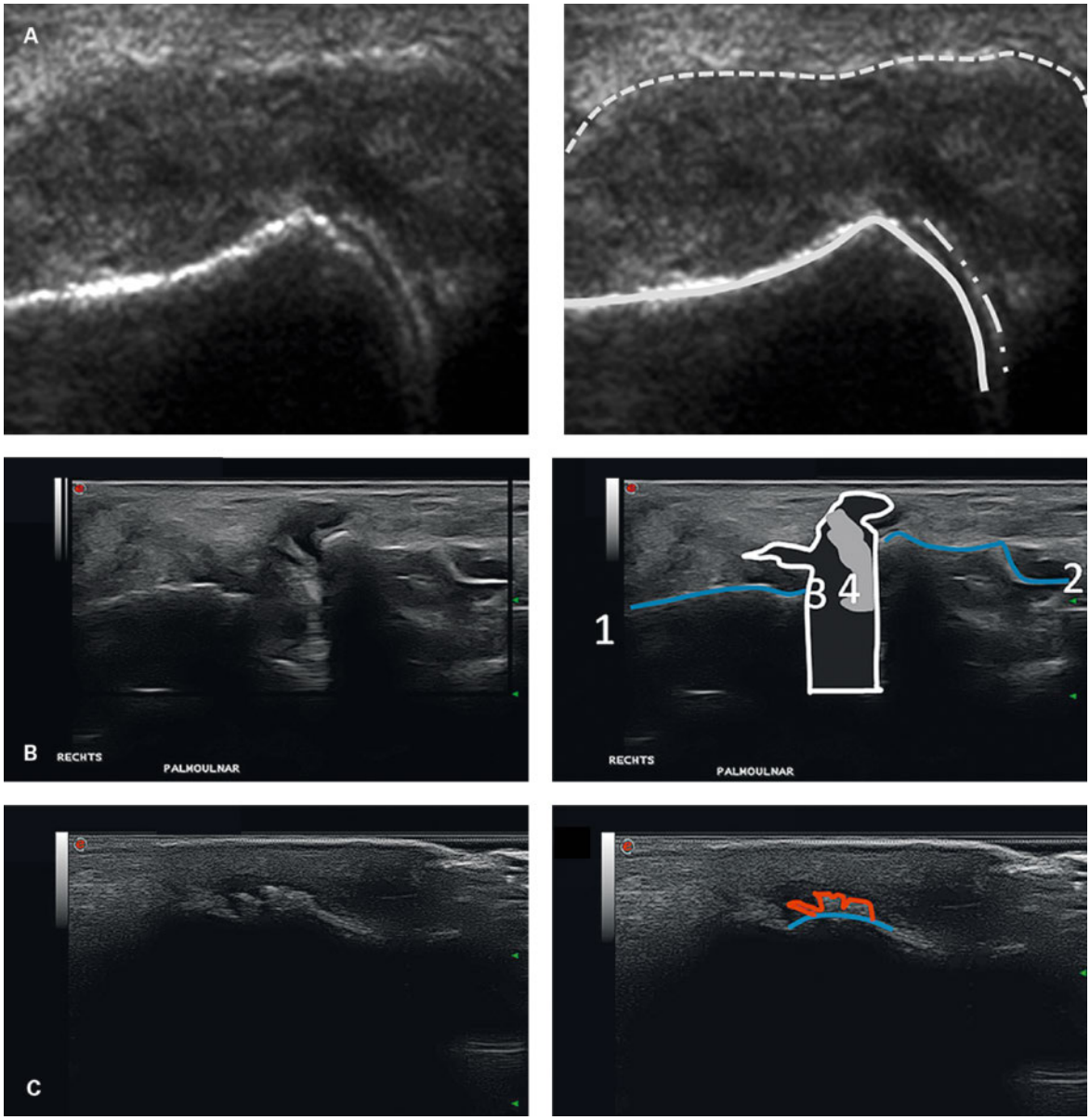

Figure 2: Diagnostic différentiel de la PR à l'échographie. A gauche se trouvent les clichés originaux et à droite figurent les explications, si nécessaire. **A:** Les signes échographiques de dépôts d'urate sur le cartilage articulaire sont la ligne hyperéchogène sur la surface du cartilage (ligne discontinue avec points) en vue non verticale (nous remercions le Dr Pascal Zufferey, service de rhumatologie, CHUV, Lausanne, pour cette illustration). Limite superficielle de la capsule articulaire hachurée, limite superficielle de l'os compact représentée par la ligne continue. **B:** Chondrocalcinose. La tête de la sonde d'échographie est placée en position longitudinale et ulnaire avec l'articulation du poignet en légère abduction radiale et elle montre les altérations hyperéchogènes sans ombres acoustiques dans le cartilage. 1: Surface de l'ulna. 2: Os triquetrum. 3: Surface noire avec bords clairs: cavité articulaire avec disque et synovite. 4: Surface de couleur gris clair: dépôts de cristaux dans le cartilage fibreux du complexe fibro-cartilagineux triangulaire. **C:** Très fines ostéoproliférations caractéristiques de l'arthrite psoriasique (ligne rouge) à la base de la phalange terminale d'une articulation interphalangienne distale. La surface normale est représentée en bleu.

locomoteur, il convient tout particulièrement d'être attentif à la présence de signes de dactylite ou d'enthésite. Ce diagnostic différentiel revêt une grande importance pour le choix du traitement de fond. Le tableau 3 fournit un résumé très condensé des principaux diagnostics différentiels de la PR, qui devraient recouvrir au moins deux cas sur trois.

Diagnostic différentiel de l'arthrite à l'échographie

L'échographie permet de visualiser précocement les altérations caractéristiques de la PR. Elle permet de distinguer clairement les arthrites des ténosynovites ou des enthésites et par la même occasion, d'observer les caractéristiques des trois principaux diagnostics diffé-

rentiels de la PR, à savoir l'arthrite psoriasique et les deux formes d'arthrites microcristallines (fig. 2). Ainsi, l'échographie articulaire est un examen incontournable dans la consultation en cas d'arthrite.

Analyse du liquide synovial

Dans de rares cas, une polyarthrite peut également être diagnostiquée en cas d'atteinte exclusive de grandes articulations, telles que celles de l'épaule, du genou ou de la cheville. Une telle présentation serait toutefois plutôt inhabituelle pour une PR et elle devrait donner lieu à des investigations de diagnostic différentiel approfondies. En particulier, face à un épanchement articulaire pouvant être ponctionné, il convient toujours de réaliser une ponction articulaire et une analyse du liquide synovial (numération cellulaire et, le cas échéant, proportion de granulocytes et analyse des cristaux). Les constellations caractéristiques à la ponction articulaire sont présentées dans le tableau 2.

Concept thérapeutique en cas de polyarthrite rhumatoïde

L'objectif du traitement de la PR est d'obtenir une rémission, c.-à-d. la disparition de tout symptôme et signe de maladie. Selon notre estimation, avec les possibilités actuelles, cet objectif peut être atteint chez env. la moitié de tous les patients grâce au méthotrexate (MTX), le traitement de fond de premier choix en cas de PR. Ainsi, dans le PR, le concept déjà mentionné de «fenêtre d'opportunité», qui fait référence à la durée potentiellement très courte pour l'initiation optimale d'un traitement de fond à long terme, côtoie un deuxième concept thérapeutique appelé «*treat to target*», selon lequel, en l'absence de rémission, le traitement médicamenteux est sans cesse adapté jusqu'à l'obtention d'un résultat optimal.

Début du traitement

En cas de diagnostic incertain, il est possible, en tenant compte du profil d'effets indésirables, d'initier une tentative de traitement soit uniquement par paracétamol soit, en raison de son efficacité généralement insuffisante, par différents anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS), mais uniquement durant quelques semaines pour ces derniers. Toutefois, dès lors que le diagnostic de polyarthrite ne fait plus de doute, il convient en l'espace de quelques semaines de faire une mise au point complète, de poser le diagnostic de PR et d'initier le premier traitement de fond, précisément le MTX, afin de prévenir les destructions articulaires.

En fonction de la souffrance du patient et avant tout de ses contraintes professionnelles ou familiales en matière de performances physiques, l'initiation d'un traitement par glucocorticoïdes peut s'avérer indispensable. En définitive, les stéroïdes agissent plus rapidement que tous les traitements de fond actuellement disponibles, y compris les médicaments biologiques.

Toutefois, dès l'initiation d'un traitement par stéroïdes ou d'un traitement de fond, le diagnostic ne devrait plus devoir être remis en question. Si le diagnostic devait notamment être remis en question ultérieurement, il serait indispensable de procéder à une tentative d'arrêt du traitement pour savoir si un traitement à long terme est nécessaire.

Traitement à long terme

Pour le traitement spécifique de la PR nouvellement diagnostiquée, de nombreuses options thérapeutiques sont désormais disponibles. Dans env. 1 cas sur 2, le traitement par MTX est insuffisant, de sorte qu'une association de traitements de fond déterminée individuellement, avec ou sans médicaments biologiques, est généralement nécessaire pour cette moitié des cas plus difficiles à traiter. Dans ce cas de figure, il s'est de plus en plus avéré que le MTX restait la principale composante du traitement d'association chez la plupart des patients.

Même si, contrairement à l'utilisation à priori de médicaments biologiques, l'initiation du traitement par MTX peut, dans des cas isolés, encore être associé à des destructions articulaires discrètes et probablement insignifiantes de l'ordre du millième par rapport aux scores maximaux à la radiographie, la combinaison MTX +/– stéroïdes constitue toutefois, en fonction de la clinique, l'option standard pour l'initiation d'un traitement de fond pour PR [4]. Le MTX est administré à une dose comprise entre 7,5 mg et 25 mg/semaine, de préférence par voie sous-cutanée. Toutefois, en raison d'intolérances avant tout subjectives, telles que des nausées, il est fréquent que la dose efficace optimale ne puisse malheureusement pas être exploitée à long terme. Dans cette situation, il est possible d'utiliser en monothérapie ou en traitement d'association privilégié, en fonction de l'autorisation spécifique à l'indication, des traitements de fond synthétiques alternatifs, tels que le léflunomide (Arava®), la sulfasalazine (Salazopyrin®) ou l'hydroxychloroquine (Plaquenil®), mais également des traitements de fond biologiques, tels que les anti-TNF, les anti-IL-6R ou l'abatacept.

Surveillance thérapeutique

Conformément au concept «*treat to target*», l'activité de la PR doit être évaluée régulièrement par un spécialiste, qui doit vérifier si l'objectif thérapeutique a pu

Correspondance:
Prof. Dr méd.
Burkhard Möller
Universitätsklinik für Rheumatologie, Immunologie und Allergologie
Inselspital Bern
Freiburgstrasse 10
CH-3010 Bern
burkhard.moeller[at]insel.ch

être atteint et maintenu. En revanche, les rhumatologues confient volontiers aux médecins de famille impliqués la tâche de contrôler la tolérance du traitement de fond au moyen d'examens standard très bien établis, en leur demandant d'évaluer les résultats et de les communiquer au patient et au rhumatologue en cas de problème. Naturellement, le centre de rhumatologie est l'instance responsable en cas de complications liées à des médicaments qu'il a prescrits ou du moins recommandés et il se tient volontiers à la disposition des médecins de famille surveillant les traitements pour leur apporter aide et conseils (pour les recommandations, consulter http://www.rheuma-net.ch/Richtlinien).

Nous tenons également à signaler que non seulement les traitements de fond mais en particulier aussi les AINS et les stéroïdes doivent de temps à autre faire l'objet d'une surveillance en raison de leur profil d'effets indésirables très pertinent dans un cadre moins standardisé. Il reste inconcevable de se passer de ces groupes de médicaments dans le traitement de la PR. Nous, médecins, devrions toujours rappeler à nos patients les précautions pour une utilisation sûre de ces médicaments, par ex. pour éviter qu'ils poursuivent la prise d'AINS en cas de déshydratation.

Perspectives

L'utilisation précoce de médicaments biologiques pourrait présenter certains avantages en cas de PR et probablement plus encore en cas de spondylarthrites, mais cette approche ne parvient pas à s'imposer, ne serait-ce qu'en raison du prix actuel de ces médicaments. Des études et observations de registre sont entretemps parvenues à montrer chez pas moins de 100 000 patients-années que ces substances avaient un rapport bénéfices/effets indésirables acceptable.

L'essentiel pour la pratique

- Les nouvelles options thérapeutiques disponibles pour la PR justifient des exigences croissantes en matière de diagnostic précoce et qualitatif. Les aides techniques récentes, telles que la détermination des anticorps anti-CCP et l'échographie articulaire, augmentent justement la précision diagnostique.
- Les nouvelles formes de traitement ont rendu complexes les stratégies thérapeutiques pour les patients atteints de PR. Elles exigent plus souvent qu'autrefois des adaptations du traitement de fond.
- Une prise en charge des patients commune et durable, assurée à la fois par le médecin de famille et le spécialiste, est ainsi devenue incontournable.

Disclosure statement
Les auteurs ne déclarent aucun conflit d'intérêts financier ou personnel en rapport avec cet article.

Crédit photo
Photo page 984: © Hriana | Dreamstime.com

Références

1 Felson DT, Smolen JS, Wells G, Zhang B, van Tuyl LH, Funovits J, et al. American College of Rheumatology/European League against Rheumatism provisional definition of remission in rheumatoid arthritis for clinical trials. Ann Rheum Dis. 2011;70(3):404–13.
2 Varache S, Narbonne V, Jousse-Joulin S, Guennoc X, Dougados M, Daures JP, et al. Is routine viral screening useful in patients with recent-onset polyarthritis of a duration of at least 6 weeks? Results from a nationwide longitudinal prospective cohort study. Arthritis Care Res (Hoboken). 2011;63(11):1565–70.
3 Rudwaleit M, Taylor WJ. Classification criteria for psoriatic arthritis and ankylosing spondylitis/axial spondyloarthritis. Best Pract Res Clin Rheumatol. 2010;24(5):589–604.
4 O'Dell JR, Curtis JR, Mikuls TR, Cofield SS, Bridges SL, Jr Ranganath VK, et al. Validation of the methotrexate-first strategy in patients with early, poor-prognosis rheumatoid arthritis: results from a two-year randomized, double-blind trial. Arthritis Rheum. 2013;65(8):1985–94.
5 Aletaha D, Neogi T, Silman AJ, Funovits J, Felson DT, Bingham CO 3rd, et al. 2010 rheumatoid arthritis classification criteria: an American College of Rheumatology/European League Against Rheumatism collaborative initiative. Ann Rheum Dis. 2010;69(9):1580–8.