



# LA POLYARTHRITE RHUMATOÏDE :

Quand les articulations s'enflamment



# Sommaire

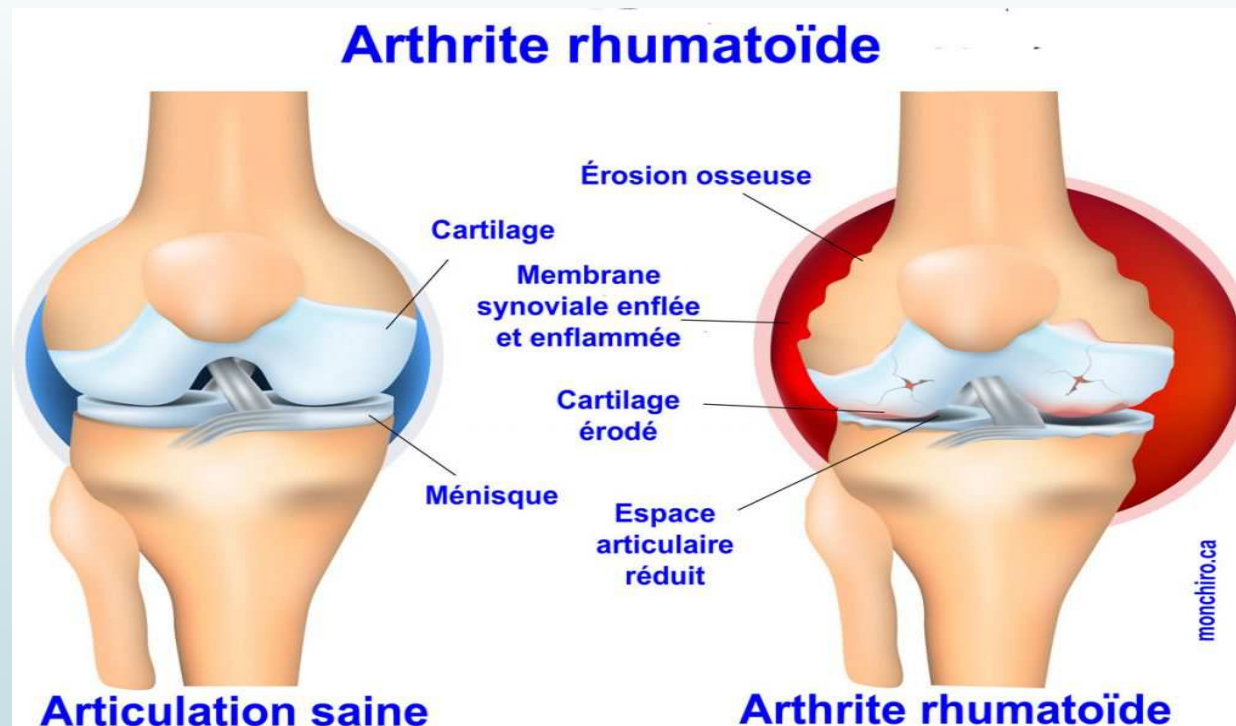
- ▶ La généralité de maladie: les facteurs, physiopathologie
- ▶ Signes cliniques/ complications
- ▶ Les traitements médicamenteux et non médicamenteux
- ▶ Cas clinique



# Généralité de la polyarthrite rhumatoïde :

- La PR est le plus fréquent des rhumatismes inflammatoires chroniques, et aussi l'un des plus handicapants, qui doit être diagnostiqué et traité précocement pour éviter les complications.
- Maladie auto-immune inflammatoire chronique, évoluant par poussée.
- L'inflammation se situe au niveau de la membrane synoviale et se caractérise par la production d'auto-anticorps : facteurs rhumatoïdes et les anticorps anti-peptides citrullinés (ACAN). Ceux-ci activent les macrophages et les lymphocytes T qui libèrent des médiateurs pro-inflammatoires (interleukines, TNF alpha) provoquant une synovite (atteinte inflammatoire de la synoviale). Au sein de la membrane synoviale, des facteurs de croissance et d'angiogenèse sont libérés à l'origine d'une prolifération du tissu synovial et d'un gonflement articulaire appelé pannus. Ce pannus produira plusieurs enzymes qui détruiront peu à peu les articulations, les cartilages et les os. Ces lésions irréversibles expliquent l'atteinte fonctionnelle de la pathologie.
- Prédisposition génétique : HLA DR4. (retrouvés 80% des patients)
- Choc psycho-affectif ? Origine non connu

# Polyarthrite rhumatologie: inflammation de l'articulation



# Signes cliniques/ complications

- ▶ Douleurs au niveau des doigts, des mains et de l'avant pied.
- ▶ douleurs types inflammatoires qui ne sont pas soulagées par le repos et survenant en deuxième partie de la nuit. Elles sont associées à un dérouillage matinal long (au moins 30 à 45 min, et parfois plusieurs heures). La maladie peut se révéler par une monoarthrite (une seule articulation est atteinte, généralement le poignet ou le genou).
- ▶ Au moins trois articulations sont atteintes de façon symétrique : les mains, les poignets et/ou les pieds.
- ▶ Déformations articulaires plus ou moins rapidement selon l'agressivité de la maladie : déformation des doigts en « col de cygne », du pouce en « Z », En « boutonnière », déviation des doigts en « coup de vent » lié à une désaxation (mauvais alignement de l'os) des interphalangiennes proximal. Atteintes de l'avant pied et des orteils (hallus valgus). Ténosynovites (inflammation du tendon et de la gaine qui l'entoure) expose un risque de rupture tendineuse.
- ▶ Atteinte de l'épaule ou du coude.
- ▶ Le rachis cervical peut être atteint pouvant entraîner une compression médullaire.
- ▶ Manifestions extra articulaires : Surviennent généralement dans les formes évoluées.
- ▶ Nodules rhumatoïdes = sont des tuméfactions sous cutanées fermes, indolores et mobiles au niveau du dos de la main, du coude, et de la face postérieure de l'avant-bras. Lors d'un traumatisme, ils peuvent s'infecter et s'ulcérer.
- ▶ Syndrome canalaire = affectant le canal carpien lié à la compression du nerf médian du poignet (fourmillements, engourdissements, faiblesse musculaire, douleur)
- ▶ Complications : Phénomène de Raynaud, de vascularites, atteintes rénales, pulmonaires (pleurésie), ou cardiaque mettent en jeu le pronostic vital.



# Les traitements médicamenteux

- ▶ Les ttt symptomatiques: antalgiques + cortisone
- ▶ Les ttt de fond : immunosupresseur (METHOTREXATE), Anti-inflammatoires puissants ayant une action anti-TNF alpha ou anti-interleukine (les BIOTHERAPIES: REMICADE, EMBREL, ORENCIA, INFLECTRA, FLIXABI,... -□ sous forme IV, per os ou SC). Le choix du ttt de fond se fait en fonction de l'âge du patient, nbre d'articulations touchées, apparition précoce d'érosions articulaires sur les clichés radiologiques, syndrome inflammatoire et taux d'anticorps anti-protéines citrullinées élevé, existence d'un terrain génétique
- ▶ Les ttt locaux : infiltration des corticoïdes (diminue l'inflammation locale: HYDROCORTANCYL, DISPROTENE), la chirurgie (synovectomie ou pose de prothèse)

# Les traitements non médicamenteux

- La kinésithérapie : une rééducation active assistée permet de renforcer les muscles, de lutter contre l'enraidissement et les déformations articulaires et d'apprendre des techniques de dérouillage le matin.
- La balnéothérapie : permet de décontracter les muscles et d'augmenter l'amplitude articulaire et a un bénéfice antalgique et fonctionnel. Cependant, il existe un fort risque infectieux liés au thermalisme (infections ORL transmises par les autres curistes, et risque de transmission de légionellose par l'utilisation d'eau chaudes) chez des patients traités par immunosuppresseurs et anti-TNF alpha.
- L'ergothérapie : la prise en charge de la PR peut nécessiter la prescription d'orthèses de mains (orthèses de repos immobilisant le poignet et la main pour réduire l'inflammation et la douleur, ou orthèses de fonction permettant de faciliter la réalisation des activités de la vie quotidienne et de prévenir les déformations.). L'ergothérapie permet aussi l'apprentissage de gestes permettant d'économiser les articulations, comme éviter les appuis directs sur l'index.
- Les soins de pédicure-podologie : elles apportent un confort lorsque les déformations créent des contraintes dans les chaussures. Une correction podologique avec port de semelles ou d'orthèses plantaires peuvent être indispensables.





# Cas clinique

- MME F. sylvie. 68 ans.
- PR diagnostiqué en 1984, PR sero positive en anti CCP, érosive, destructrice nodulaire sévère.
- Plusieurs tuméfactions au niveau articulaire qui peuvent être inflammatoires ou non.
- Déformation des mains en col de cygnes
- Déformation induites au niveau des pieds avec une bursite postérieure + 2<sup>ème</sup> orteil droit en griffe □ DOULEUR.
- Poussée : douleur des 2 poignets, du genou gauche, gonflements au niveau des avant-pieds, des chevilles, des doigts, des coudes + parfois fièvre + CRP = 150-250.
- Description de la douleur : sensation d'étouffement, fourmillement dans l'ensemble des doigts, brûlure. Douleur JOUR/ NUIT. Raidissement matinal
- Impossibilité d'utiliser ses mains pour s'alimenter ou pour se laver



## Cas clinique

- Les ttt : essai plusieurs biothérapies (ex: REMICADE, ENBREL □ réaction) + méthrotexate; aujourd'hui elle est sous roactemra + méthrotexate
- Skenan 30mg/ actiskenan 10mg au long court □ impossible de lui enlever car les douleurs réapparaissent.
- Si arrêt ttt biothérapie liée à n'importe quel infection □ la PR reflambe et les médecins lui prescrive de la cortisone qui lui soulage.
- Essai ttt non médicamenteux : pack chaud (si lombalgie), le froid, coude (TEN'S), balnéothérapie □ échec
- Kinésithérapie

## Cas clinique







# Cas clinique

- ▶ Artiste : fait de la peinture, des colliers malgré la douleur
- ▶ A accepté sa maladie □ a mis des années à l'accepter.
- ▶ Tabac : cigarette électronique.
- ▶ « Ma maladie ne m'empêche pas de vivre »



Des questions .....