

# Adapter et expliquer les traitements de la polyarthrite rhumatoïde

Claire DAVID<sup>a,\*</sup>  
Pharmacienne

Tomas BOINET<sup>b</sup>  
Médecin généraliste

<sup>a</sup>Service Pharmacie,  
Centre hospitalier de Saint-  
Calais, 2 rue de la Perrine,  
72120 Saint-Calais, France

<sup>b</sup>Centre municipal de Santé,  
Rue du Petit-Train,  
72160 Connerré, France

**La polyarthrite rhumatoïde est une pathologie inflammatoire grave touchant les articulations, provoquant des déformations douloureuses et un handicap fonctionnel sévère. Le pharmacien peut accompagner son patient de façon complète, dès le début du diagnostic et tout au long de la prise en charge.**

© 2018 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés

**Mots clés** - bon usage ; DMARDs ; inflammation ; méthotrexate ; molécule biologique ; polyarthrite rhumatoïde

**Adapting and explaining rheumatoid arthritis treatments.** Rheumatoid arthritis is a serious inflammatory pathology affecting the joints, causing painful deformities and severe functional disability. The pharmacist can provide patients with a comprehensive support service, from diagnosis and throughout their treatment.

© 2018 Elsevier Masson SAS. All rights reserved

**Keywords** - biological molecule; DMARDs; good practice; inflammation; methotrexate; rheumatoid arthritis

La polyarthrite rhumatoïde (PR), maladie auto-immune multi-systémique, est la plus fréquente des maladies rhumatismales inflammatoires chroniques de l'adulte. La PR détruit à terme les articulations atteintes, altère la qualité de vie des patients et entraîne statistiquement une diminution de l'espérance de vie estimée en moyenne à dix ans par surmortalité cardiovasculaire, comorbidités et iatrogénie. En 2011, le régime général de la Caisse nationale d'Assurance maladie (Cnam) indiquait que 189 148 patients bénéficiaient d'une prise en charge au titre de l'affection de longue durée (ALD) spécifique à la PR (ALD n° 22), soit 0,31 % de la population française alors que le cours DCEM3 du centre hospitalier universitaire de Bichat à Paris (75) estimait le nombre réel de personnes atteintes en France à 0,53 % [1-2].

## La vision du médecin

Les premiers signes de la PR peuvent apparaître entre 40 et 60 ans [3]. La maladie atteint généralement trois femmes pour un homme. Cependant, cette

différence de prévalence a tendance à disparaître après 60 ans car les hommes sont atteints plus tardivement.

## Définition et facteurs de risque

◆ **Les causes de la PR sont inconnues**, mais une prédisposition génétique, des facteurs environnementaux (particulièrement le tabac), hormonaux, infectieux (virus d'Epstein-Barr, mycobactéries...), voire psychologiques, sont évoqués. La maladie est due à l'infiltration de la synoviale par des cellules du système immunitaire déstabilisé (lymphocytes T et B, monocytes et macrophages) renforçant le potentiel inflammatoire des synoviocytes résidents.

◆ **Cliniquement, au stade débutant**, des gonflements douloureux des articulations des doigts, des mains, des poignets et des pieds apparaissent, volontiers symétriques, avec enraidissement et dérouillage matinal. L'état général est habituellement conservé mais une asthénie, un amaigrissement ou une fébricule peuvent parfois s'observer.

◆ **Puis, avec l'aggravation**, l'atteinte des grosses articulations (genoux, coudes, épaules), du rachis cervical, un phénomène de Raynaud et des nodules rhumatoïdes et plus rarement une atteinte générale (oculaire, cardio-pleuropulmonaire et une amylose) s'associent aux déformations typiques des mains en "dos de chameau" et des doigts en "coup de vent cubital" [2].

## Diagnostic

◆ **Le diagnostic repose sur la clinique**, fréquemment hésitante au stade initial. Il faut activement l'établir pour initier le traitement de fond le plus précocement possible (fenêtre d'opportunité thérapeutique).

◆ **S'associe à la clinique**, la radiologie et surtout l'échographie, confirmant la synovite au début, plus rarement les destructions articulaires à ce stade. La biologie recherche un syndrome inflammatoire (vitesse de sédimentation, protéine C réactive), les facteurs rhumatoïdes (FR) habituellement positifs mais non spécifiques (85 % des PR évoluées mais 30 % au début) et les anticorps anti-peptides citrulinés (ACPA). Les ACPA sont spécifiques de la PR

\*Auteur correspondant.  
Adresse e-mail :  
cl.david84@gmail.com  
(C. David).

dans 90 % des cas avec FR positifs et 15 % sans FR mis en évidence. La présence simultanée des deux marqueurs est donc hautement spécifique de la maladie.

♦ **L'utilisation des critères de l'American College of Rheumatology et de l'European League Against Rheumatism** sont utiles au stade initial, devant des radiographies normales, sans érosion osseuse et en l'absence d'un diagnostic d'une autre maladie (tableau 1) [2].

### Un diagnostic hésitant

♦ **Madame G., âgée de 74 ans et pesant 75 kg**, est atteinte d'un diabète de type 2 ancien (plus de dix ans) et équilibré (hémoglobine glyquée [HbA1c] 6,4 %). Elle se plaint, lors de sa consultation médicale trimestrielle, de douleurs d'allure radiculaire des quatre membres. Il lui est proposé du paracétamol et du kétoprofène. Trois mois plus tard, la patiente signale une discrète majoration des douleurs, notamment nocturnes, des membres supérieurs et des poignets sans

signes articulaires spécifiques au regard de ses antécédents médicaux. Un électromyogramme est demandé, objectivant une atteinte neurogène du nerf médian au canal carpien gauche. Le médecin traitant prescrit, sur les conseils du neurologue, de la prégabaline devant une probable neuropathie diabétique.

♦ **Il faudra l'apparition de douleurs rhumatismales cervico-scapulaires soulagées par l'association fixe paracétamol/caféine/opium** pour que Mme G. soit orientée vers un rhumatologue devant ce tableau atypique et traînant – pseudo-polyarthrite rhizomélique avec possible neuropathie périphérique ? – et que le bilan biologique confirme le diagnostic de PR (malgré une CRP faiblement augmentée à 24 pour N > 10 mg/L, et des anticorps anti-DNA positifs grâce au tandem pathognomonique FR et ACPA positifs).

### La vision du pharmacien

La prise en charge thérapeutique obéit à un arbre décisionnel très

précis. Celui-ci dépend de la sévérité de la maladie, des médicaments déjà utilisés par le patient, des contre-indications et effets indésirables possibles, parfois prévisibles. Il sera toujours initié par un rhumatologue et fréquemment au décours d'une hospitalisation [1-2].

### Prise en charge médicamenteuse et chirurgicale

♦ **Des traitements anti-inflammatoires** de lutte contre l'inflammation articulaire de type anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS tels ibuprofène, kétoprofène...) seront tout d'abord initiés. Si besoin, ils seront substitués par les anti-inflammatoires stéroïdiens (AIS) au long cours et à faible dose (0,1 mg/kg), d'efficacité supérieure sur les manifestations inflammatoires, sauf en cas de contre-indications, d'intolérance ou de complications. Des traitements antalgiques de niveau 1 ou 2 (paracétamol et/ou codéine ou tramadol) pourront y être associés selon l'intensité des symptômes douloureux [2].

♦ **Les traitements de fond chimiques** (*disease-modifying antirheumatic drugs* ou DMARDs) permettront de bloquer le génie évolutif de la maladie en modulant l'activité du système immunitaire. Ils doivent être envisagés le plus tôt possible. Le méthotrexate (MTX) est le traitement de choix en première ligne, seul ou avec un autre anti-rhumatismal. Il peut être administré par voie orale ou sous-cutanée (stylos injecteurs) (tableau 2) [4].

♦ **La thérapeutique de la PR a été révolutionnée depuis une vingtaine d'années par l'arrivée des molécules biologiques modulatrices** de l'immunité telles que les anti-*tumor necrosis factor* (TNF) alpha (adalimumab, golimumab, etanercept, infliximab, certolizumab), les anti-CD28 (abatacept), les anti-CD20 (rituximab),

Tableau 1. Critères de l'American College of Rheumatology/ European League Against Rheumatism pour le diagnostic d'une polyarthrite rhumatoïde débutante 2010<sup>1</sup> [2].

<b>Type d'atteinte articulaire (0-5)</b>	
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 facteur rhumatoïde ni anticorps anti-peptides citrulinés	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 créatine C réactive ni vitesse de sédimentation élevée	0
Créatine C réactive ou vitesse de sédimentation élevée	1

<sup>1</sup> Le diagnostic est posé si le score est supérieur ou égal à 6.

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/8508212>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/8508212>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)