

Mise au point

L'épaule rhumatoïde : concepts actuels sur le diagnostic et le traitement

The rheumatoid shoulder: current consensus on diagnosis and treatment [◇]

Thierry Thomas ^{a,*}, Eric Noël ^b, Philippe Goupille ^c, Bernard Duquesnoy ^d,
Bernard Combe ^e, Au nom du GREP ¹

^a Service de rhumatologie, CHU de Saint-Étienne, boulevard Pasteur, 42055 Saint-Étienne cedex 02, France

^b Clinique Saint-Anne-Lumière, Lyon, France

^c Service de rhumatologie, CHU de Tours, France

^d Service de rhumatologie, CHU de Lille, France

^e Service de rhumatologie, CHU de Montpellier, France

Reçu le 30 novembre 2004 ; accepté le 21 mars 2005

Disponible sur internet le 26 juillet 2005

Résumé

L'épaule rhumatoïde n'est pas au premier plan dans le cortège des symptômes cliniques de la polyarthrite rhumatoïde. De surcroît, la présentation clinique n'est pas spécifique. Il faut pourtant savoir la rechercher et la dépister à un stade précoce de son évolution. Ainsi, l'évaluation systématique des amplitudes articulaires des épaules est recommandée. Sur le plan de l'imagerie, il faut garder à l'esprit qu'une radiographie normale n'exclut pas le diagnostic. La réalisation de radiographies simples est un élément fondamental du suivi à la recherche de micro- et de macrogêodes. L'apparition d'un pincement glénohuméral constitue le tournant évolutif avec le risque d'une destruction articulaire ultérieure rapide. L'IRM ou l'échographie précise les lésions et guide la stratégie thérapeutique. Il est conseillé de proposer des gestes locaux de manière graduelle, en fonction de l'imagerie et d'éviter les indications trop tardives de chirurgie prothétique, en intégrant la chirurgie de l'épaule avec les autres problèmes articulaires.

© 2005 Elsevier SAS. Tous droits réservés.

Mots clés : Arthroplastie ; Épaule ; Polyarthrite rhumatoïde

Keywords : Arthroplasty; Rheumatoid arthritis; Shoulder

Sous-estimée, l'épaule rhumatoïde est en fait fréquente avec des manifestations cliniques rendant compte de lésions érosives induites par la prolifération du pannus synovial. L'importance primordiale de l'épaule dans la fonction du membre supérieur et son évolution particulière au cours de la polyarthrite rhumatoïde (PR) rendent nécessaire sa prise en

charge à un stade précoce. Elle est pourtant encore souvent négligée, renvoyée à plus tard, lorsque la gêne fonctionnelle est importante et les lésions articulaires trop avancées pour autoriser autre chose qu'un simple traitement antalgique.

C'est la raison pour laquelle le GREP (*Groupe rhumatologique français de l'épaule*), sous l'égide de la société française de rhumatologie, a réuni un groupe d'experts internationaux au cours d'une journée dont nous rapportons les conclusions. Celles-ci ont fait l'objet d'un consensus professionnel fort et représentent ainsi la synthèse de nos connaissances sur l'épaule rhumatoïde. Les auteurs soulignent que de nombreux points n'ont pas été solidement validés par des

[◇] Pour citer cet article, utiliser ce titre en anglais et sa référence dans le même volume de *Joint Bone Spine*.

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : thierry.thomas@univ-st-etienne.fr (T. Thomas).

¹ Groupe rhumatologique français de l'épaule, section de la société française de rhumatologie.

travaux de recherche originaux. Le niveau de preuve est relativement faible car on dispose au mieux, de séries rétrospectives et il n'y a aucune évaluation contrôlée des différents moyens thérapeutiques.

1. La synovite de l'épaule rhumatoïde

La localisation à l'épaule de la synovite rhumatoïde ne lui confère pas de particularité histologique. On retrouve l'hyperplasie des villosités synoviales en franges et des cellules synoviales en couches successives, associée aux dépôts de fibrine et à une hypervascularisation. Aucune de ces lésions n'est spécifique mais leur association est très évocatrice du diagnostic avec une sensibilité de 42 % et une spécificité de 95 % [1]. Ces critères histologiques, difficiles à obtenir, ne sont plus retenus dans les critères de classification de la maladie mais les progrès des techniques histo-chimiques pourraient donner une valeur pronostique à l'analyse de cette synovite. Il a ainsi été montré que l'expression intratissulaire du TNF- α et de l'interleukine 6 était positivement corrélée à la sévérité de la maladie, alors que celle-ci était négativement corrélée à la présence de lymphocytes T CD4 [2]. L'atteinte prédominante initiale est glénohumérale, souvent accompagnée d'érosion trochantérienne. Une atteinte acromioclaviculaire et surtout une bursite sous-acromiale peuvent également être présentes. Cette dernière, prenant « en sandwich » la coiffe des rotateurs avec le pannus présent à la face profonde articulaire, entraîne très fréquemment un amincissement important de la coiffe. Celle-ci devient alors non fonctionnelle bien qu'elle reste le plus souvent continente.

2. Les données épidémiologiques

Soixante-cinq à 90 % des patients porteurs d'une PR rapportent des signes cliniques à l'épaule, au sein desquels domine la douleur [3,4]. Cette atteinte semble d'autant plus fréquente que la PR a débuté tardivement (après 60 ans), cette notion restant controversée, et qu'elle est agressive avec des destructions articulaires notamment aux mains et aux poignets [5,6]. Les autres facteurs prédictifs incluent la positivité de la sérologie rhumatoïde et la présence de prothèses aux membres inférieurs, peut-être en partie à cause de l'agression articulaire de l'épaule par le béquillage [7]. Après cinq ans d'évolution, la prévalence des lésions radiologiques de l'articulation glénohumérale est de 45 % lorsqu'elles sont bilatérales alors que les radiographies sont encore normales dans 28 % des cas [8]. Seules 10 % des épaules resteront radiologiquement normales au cours de l'évolution de la maladie. De plus, jusqu'à 75 % des patients présentent une souffrance de la coiffe des rotateurs, avec ou sans rupture transfixiante.

L'atteinte de l'articulation acromioclaviculaire est radiologiquement présente dans 60 % des cas après 15 ans d'évolution de la maladie, mais seuls 30 à 40 % des patients rapportent des signes cliniques relatifs à cette atteinte [9]. Les

lésions de bursite enfin, sont peu spécifiques et leur prévalence réelle est difficile à apprécier. Elles peuvent être (très exceptionnellement) isolées sans rupture de coiffe associée.

3. Les différentes présentations cliniques

La particularité de l'épaule rhumatoïde réside dans la difficulté à affirmer cliniquement son caractère inflammatoire [10,11]. En effet, les douleurs d'épaule sont souvent mal systématisées et peuvent avoir un caractère nocturne lors d'une atteinte purement dégénérative. À l'inverse, le gonflement articulaire est rarement visible à l'examen en dehors d'une arthrite importante éventuellement accompagnée d'une bursite lors d'une rupture associée de la coiffe des rotateurs ou d'une bursite isolée siège d'une métaplasie synoviale. De plus, les malades ne rapportent pas toujours spontanément les plaintes liées à une atteinte de l'épaule. L'incapacité fonctionnelle liée à l'épaule rhumatoïde est la résultante complexe de la douleur, de la faiblesse musculaire et de la réduction de la mobilité articulaire. Cette dernière dépend elle-même à la fois des deux premiers paramètres et des lésions ostéocartilagineuses dues à la maladie. On peut distinguer schématiquement deux formes selon l'âge :

- l'épaule rhumatoïde survenant chez un sujet jeune, rarement inaugurale du rhumatisme inflammatoire, dont le contexte, et parfois les signes cliniques patents de gonflement articulaire, de chaleur locale, permettent de faire le diagnostic [11] ;
- l'épaule rhumatoïde chez le sujet âgé, survenant beaucoup plus fréquemment dès les premières manifestations cliniques, de manière bruyante [12–14]. Le tableau clinique d'une arthrite d'épaule, en dehors de tout contexte infectieux, peut faire discuter une PR à début tardif, une pseudopolyarthrite rhizomélique ou un syndrome RS3PE lorsque des synovites périphériques lui sont associées. Les lésions préalables de la coiffe des rotateurs, fréquentes à cet âge, majorent considérablement les conséquences fonctionnelles de cette atteinte.

4. L'imagerie de l'épaule rhumatoïde

4.1. Classifications et évolutions radiographiques

Le suivi radiologique de l'épaule rhumatoïde est fondamental car c'est sur lui que repose la stratégie thérapeutique. Il sera réalisé en fonction de la symptomatologie clinique et il sera plus systématique si des lésions anatomoradiologiques ont été objectivées. L'examen radiographique standard comprend des clichés de face en rotation neutre, externe et interne. En fonction de la clinique ou lors d'un bilan initial des lésions, il peut être complété d'un cliché centré sur l'articulation acromioclaviculaire.

Les lésions radiographiques sont très variables dans leur présentation comme dans leur évolution [15], ce qui a conduit

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/3389073>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/3389073>

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