



La polyarthrite rhumatoïde : suivi et traitement



Nicolas HUBERT

Tutorat : Dr Bouvard, Rhumatologue,
CHU d'Angers

15/06/2012

Paternité - Pas d'Utilisation Commerciale - Pas de Modification : <http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/2.0/fr/>



Table des matières

Introduction	5
I - Qu'est ce que la polyarthrite rhumatoïde ?	7
II - Quelles sont les personnes concernées ?	9
III - Quels signes doivent me faire penser à une polyarthrite rhumatoïde ?	11
IV - Pourquoi doit-on surveiller ces éléments de diagnostic ?	13
V - Le traitement et la prise en charge du patient	15
A. Traitement de fond.....	16
B. En parallèle un traitement symptomatique peut et doit être préconisé.....	19
C. Kinésithérapie et ergothérapie.....	19
D. Chirurgie.....	19
E. Education thérapeutique du patient.....	19

Introduction

Nicolas HUBERT

Cette ressource est produite dans le cadre d'un concours étudiant organisé par l'**UNSPF**, Université Numérique des Sciences Pharmaceutiques Francophone (www.unspf.fr¹) et l'**ANEPF**, Association Nationale des Étudiants en Pharmacie de France (www.anepf-online.com²) et à fait l'objet d'un financement **UNF3S**, Université Numérique des Sciences de la Santé et du Sport (www.unf3s.org³).



- Attribution - Pas d'Utilisation Commerciale - Partage dans

les Mêmes Conditions

1 - <http://www.unspf.fr/>

2 - <http://www.anepf-online.com/>

3 - <http://www.unf3s.org/>



Qu'est ce que la polyarthrite rhumatoïde ?

I

C'est une maladie auto-immune, systémique et un rhumatisme inflammatoire chronique qui entraîne notamment une destruction articulaire progressive.

Quelles sont les personnes concernées ?

C'est le rhumatisme inflammatoire le plus fréquent sa prévalence en France est estimée à 0.3%. Elle est 3 à 4 fois plus fréquente chez la femme (ce ratio diminue avec l'âge), avec un pic de survenue entre 40 et 60 ans.

Maladie multifactorielle notamment par : la génétique (allèle de susceptibilité HLA DR1, DR4), le tabagisme, les facteurs psychologiques et hormonaux (post-ménopause).

Quels signes doivent me faire penser à une polyarthrite rhumatoïde ?

- Femme de la cinquantaine ;
- Atteinte articulaire inflammatoire (horaire et synovite) ;
- Atteinte poly articulaire (polyarthrite) ;
- En particulier distale (mains et pieds) ;
- Bilatérale et symétrique.



Quels signes doivent me faire penser à une polyarthrite rhumatoïde ?



Fondamental : Confirmation biologique de la polyarthrite rhumatoïde :

- NFS, VS et CRP : confirment la présence d'un syndrome inflammatoire.
- Les ACPA (anticorps anti protéines citrullinées) : anticorps assez spécifiques de la PR.
- Facteurs rhumatoïdes : éléments de mauvais diagnostic car non spécifiques et négatifs dans 20% des cas.
- Anticorps anti nucléaires : faible et sans spécificité dans la PR.



Fondamental : Confirmation radiologique de la polyarthrite rhumatoïde :

En cas de PR sévère évoluant depuis plusieurs mois, une atteinte structurale peut se voir sur les radiographies notamment des mains et des pieds (sites anatomiques les plus souvent atteints dans la PR) avec apparition de pincements et d'érosions articulaires. Cependant le but du diagnostic précoce et du traitement précoce a pour but d'éviter cette atteinte structurale.

Pourquoi doit-on surveiller ces éléments de diagnostic ?

Car la PR est un rhumatisme inflammatoire sévère entraînant des destructions ostéo-articulaires irréversibles source de lourd handicap. Un diagnostic précoce de la PR permet l'instauration précoce de traitements actifs et évitent l'atteinte structurale et l'atteinte systémique de la PR, améliorant le pronostic du patient.

Le traitement et la prise en charge du patient

Traitement de fond	16
En parallèle un traitement symptomatique peut et doit être préconisé	19
Kinésithérapie et ergothérapie	19
Chirurgie	19
Education thérapeutique du patient	19

A. Traitement de fond

Le traitement en première intention



<http://www.sciencephoto.com/media/280978/view>

Le méthotrexate : Novatrex® comprimé à 2.5 mg ou **Imeth®** 10 mg est le traitement de fond de première intention le plus utilisé. La posologie initiale est de 15 à 20 mg par semaine en une prise, la posologie maximale est de 25 mg/semaine.

Certains d'effets secondaires sont possibles :

-Ce traitement est tératogène et nécessite une contraception efficace associée chez la femme et

l'homme.

-digestifs : nausées, vomissement, stomatite, diarrhées possibles.

-hématologiques : leucopénie, thrombopénie, anémie.

-hépatiques : élévation des transaminases doses dépendantes.

-pulmonaires : pneumopathie immuno-allergique mais rare.

-infectieux, cutanés, alopecies.

On utilise l'acide folique **Speciafoldine®** 5 mg en association pour diminuer les effets secondaires du méthotrexate, le plus souvent 48 heures avant ou après la prise de méthotrexate. On peut utiliser l'acide folinique **Lederfoline®** pour les complications sévères.

Les plaquettes et la NFS ainsi que les transaminases et la créatinémie doivent être régulièrement surveillées, tous les 15 jours puis tous les mois.



Complément : Prescription

Méthotrexate 2,5 mg : 6 comprimés en une prise le lundi et Speciafoldine® 5 mg, 2 comprimés le mercredi.

Le léflunomide : Arava® comprimé à 10, 20 ou 100 mg, action proche du méthotrexate, mais moins souvent utilisé. Ses effets indésirables et sa surveillance sont proches de ceux du Méthotrexate.

Le traitement de seconde intention : La biothérapie avec les anti-TNF alpha

*les anti-TNF alpha :



<http://planetthrive.com/>

-infliximab Remicade®, uniquement en milieu hospitalier.



<http://www.straightfromthedoc.com/>

-adalimumab Humira®, une injection sous cutanée de 40 mg tous les 15 jours en ambulatoire.



<http://www.medhelp.org/>

-etanercept Enbrel®, une injection en sous cutanée de 50 mg une fois par semaine en ambulatoire.



<http://www.mims.co.uk/>

-certolizumab Cimzia®, deux injections de 200mg le même jour aux semaines 0,2 et 4 suivies d'une dose d'entretien de 200 mg toutes les 2 semaines.



le **rituximab Mabthera®** (anti-lymphocytes CD20), 2 perfusions à 1 gramme à 15 jours d'intervalle puis un retraitement à 6 mois en fonction de la réponse au premier cycle de traitement.



l'**abatacept Orencia®** (modulateur des lymphocytes T), en perfusion mensuelle.

<http://www.mims.co.uk/>



le **tocilizumab RoActemra®** (anti-récepteur de l'IL-6), en perfusion annuelle.

<http://www.noticiasmedicas.es>



Complément

Effets secondaires :

- Réactions au point d'injection pour les sous-cutanées.
- Augmentation du risque infectieux.
- Possible augmentation du risque de cancers cutanées, surtout baso et spino-cellulaires pour les anti-TNF α



Remarque

Les biothérapies se prescrivent le plus souvent en association avec le méthotrexate. Elles restent contre-indiquées en cas de grossesse, d'allaitement et d'infections à répétition. Les anti-TNF α sont également contre-indiqués dans les contextes néoplasiques et en cas d'antécédent de maladie démyélinisante. Un dépistage de la tuberculose est impératif avant de débuter un traitement par anti-TNF α et par tocilizumab. Le calendrier vaccinal doit être mis à jour avant de débuter une biothérapie ou un traitement par méthotrexate, les vaccinations anti-grippales et anti-pneumococcique sont préconisées.

B. En parallèle un traitement symptomatique peut et doit être préconisé

- AINS et COXIBS (formes retard administrées le soir pour éviter les raideurs matinales).
- Cortisone : 0.1 mg/kg/j et inférieur à 10mg/j, en cas de contre-indication ou d'efficacité partielle des AINS.
- Antalgiques.
- Des infiltrations peuvent être réalisées en cas de persistance de synovites localisées : Altim, Hexatrione.

C. Kinésithérapie et ergothérapie

Fondamentale pour le maintien de la fonction articulaire, éviter l'enraidissement des articulations

D. Chirurgie

Chirurgie de remplacement et d'exclusion articulaire
Chirurgie de prévention et de correction

E. Education thérapeutique du patient

Fondamentale à la compréhension par le patient de sa maladie et de son devenir et des traitements utilisés.

Les patients atteints de PR sont très régulièrement suivis :

- **en clinique** : recherche des articulations douloureuses et/ou gonflées, des signes systémiques de la maladie, des effets indésirables des traitements.
- **biologique** : paramètres inflammatoires, paramètres de suivi des traitements notamment du méthotrexate.
- **radiologique** : à la recherche de nouvelles atteintes ostéo-articulaires.



Attention

La polyarthrite rhumatoïde est une maladie potentiellement grave et invalidante, elle doit être diagnostiquée précocement et conduire à l'instauration d'une thérapeutique adaptée. L'avènement des biothérapies a permis d'améliorer très nettement le devenir des patients en freinant les destructions ostéo-articulaires et en diminuant les manifestations et complications systémiques de la maladie (risque cardio-vasculaire, vascularite...).

Ces traitements nécessitent cependant une prescription et un suivi rigoureux pour en limiter leurs effets indésirables. Le suivi régulier des patients est essentiel à l'ajustement des traitements. L'éducation thérapeutique permet au patient de mieux comprendre sa maladie et son traitement et ainsi mieux se soigner.