

Avertissement: Notes prises au vol, erreurs possibles, prudence...

Mardi 29 juillet 2014

Hôpital cantonal de Genève

La polyarthrite rhumatoïde (PR) du sujet âgé

Dr Michael Nissen

Lorsque la PR commence avant 60-65 ans on parle de YORA (Young Onset Rheumatoid Arthritis), lorsqu'elle commence après, on parle de LORA (Late Onset).

La PR touche 1% de la population, soit 15000 patients en Suisse romande.

Pour les femmes le pic d'incidence est entre 50-60 ans, et pour les hommes c'est plus tard, après 70 ans.

La PR est donc fréquente chez les personnes âgées.

Entre YORA et LORA il y a quelques différences....

Plus de femmes que d'hommes pour YORA, + ou - égalité des sexes pour LORA.

Plus d'atteinte périphérique et symétrique pour YORA, plus d'atteinte rhizomélisque (c' à d. à la racine des membres) comme pour une polymyalgia rheumatica (PMR) pour LORA.

Plus de signes généraux aussi (cf fièvre) pour LORA que pour YORA.

Plus d'élévation des paramètres inflammatoires (VS et CRP) pour LORA que pour YORA.

Pour ce qui est des cytokines, plus de TNF pour YORA et plus d'IL6 pour LORA .

A côté de ça il y aurait aussi plus d'IL6 chez les hommes que chez les femmes...

On pensait que LORA était moins agressif que YORA...en réalité la progression radiologique et l'apparition d'érosions est identique, tout comme la synovite qui peut être suivie par US (échographie).

Comme diagnostic différentiel on évoque.....

- la goutte (chercher les tophi)
- la chondrocalcinose (chercher la calcification du ligament triangulaire du carpe)
- la polyarthrose érosive (atteinte surtout distale, MCP épargnées)
- la PMR (Myalgies, MCP épargnées)
- un syndrome paranéoplasique
- le RS3PE (Remitting Seronegative Symmetrical Synovitis with Pitting Edema) avec l'aspect classique des «mains en gant de boxe»



On cherchera les facteurs rhumatoïde (FR) et anticorps antiCCP en se rappelant que 5% de la population générale a un FR + et 10-15% de la population âgée.

50% des PR ont un FR + au moment du diagnostic, et 80% des PR anciennes...

Pour ce qui est des antiCCP (anti peptides cycliques citrullinés) leur spécificité est de 90% mais leur sensibilité seulement de 60%...pour la PR.

1/3 des patients LORA sont FR- et antiCCP +.

On souligne l'utilité de l'US (échographie) pour visualiser la synoviale épaissie qui présente une image en double contour typique avec en cas de goutte des dépôts visibles à sa surface, et en cas de chondrocalcinose de dépôts à l'intérieur de la synoviale...

L'US chez LORA montre une synovite des MCP et MTP, avec une absence d'atteinte des IPD; les FR et/ou antiCCP sont classiquement +, et l'on observe des érosions dans les petites articulations.

Pour la goutte on cherche l'hyperuricémie, et les urates dans le liquide de ponction. Pour la chondrocalcinose, les lisérés de calcifications aux poignets et aux genoux, et les cristaux de pyrophosphate dans le liquide de ponction, aussi.

On souligne encore une fois que la polyarthrose touche préférentiellement les IPD plutôt que les IPP...

La PMR est caractérisée par des myalgies et un FR et antiCCP neg., une bursite sous acromiale bilatérale et une réponse spectaculaire aux stéroïdes.

Pour le traitement...

Il y a les stéroïdes...

Il y a les DMARDs (Disease Modifying Anti Rheumatic Drugs) tels Methotrexate, Leflunomide (Arava®), Plaquenil et Salazopyrine...

Il y a les «Biologiques», antiTNF, antiIL6, antiJAK, antiCTLA-4...et toute une ribambelle de nouveaux qui attendent dans le pipe-line...

Les infections ne sont pas vraiment un problème comme on l'avait cru au début....c'est plutôt les doses de stéroïdes au long cours supérieures à 5mg/j qui augmentent le risque (et plus la dose est élevée, plus le risque est élevé...avec 20mg de prednisone /j le risque infectieux est multiplié par 6 par ex.).

On connaît les autres risques des stéroïdes: diabète, HTA, Ostéoporose, Ulcère GI... etc....

Donc comme bilan initial....



- RX mains et pieds
- US mains/poignets
- Si épanchement: ponction articulaire
- RX pulmonaire (exclure néoplasie)
- Labo: CRP,VS,Ca,FR, antiCCP, créatinine, tests hépatiques

Comme LORA est tout aussi mauvais que YORA il est important de commencer le traitement tôt avec le même objectif que chez les patients plus jeunes.

C'est l'activité de la maladie qui semble être liée à une augmentation d'un risque oncologique, et non pas les traitements biologiques...sauf peut-être les cancers de la peau, ce qui nécessite un contrôle dermato 1x/an.

On nous recommande cet article de la Rev. Med. Suisse sur la PR du sujet âgé:
<http://rms.medhyg.ch/numero-240-page-542.htm>

.....et pour ce qui est de la météo.....ça va bien finir par s'améliorer....



ah oui...j'allais oublier...le centre de transfusion sanguine à Genève à urgemment besoin de donneurs de plaquettes...allez-y et tél. au 022 3723907 pour prendre RV...ça fera revenir le soleil...(et envoyez y les donneurs potentiels...)



Compte-rendu du Dr Eric Bierens de Haan
ericbdh@bluewin.ch

transmis par le laboratoire MGD
colloque@labomgd.ch