

Ce que vous devez savoir pour vos patients avec un rhumatisme inflammatoire.

Dre Kim Lauper

Il faut d'abord se mettre d'accord sur le concept de rhumatisme inflammatoire, car les définitions ne sont pas uniformes. On nous parle ici de: arthrites, spondylarthrites, connectivites, vasculites et maladies auto-inflammatoires. Sont exclus l'arthrose, la fibromyalgie et l'ostéoporose.

5 maladies à prendre en charge lors de rhumatismes articulaires sont présentées aujourd'hui.

Maladies cardiovasculaires

Le risque d'événement cardiovasculaire lors de rhumatisme articulaire est similaire à celui d'un diabétique de type 2.

L'inflammation a un effet athérosclérotique. Le tabagisme est un facteur de risque cardiovasculaire et pour la polyarthrite rhumatoïde.

Certains de ces patients voient leur mobilité réduite, ce qui est un FRCV.

Les traitements de fonds (DMARDs: méthotrexate, anti-TNF...) ont plutôt un effet protecteur, cependant les AINS et les corticoïdes peuvent augmenter le risque cardiovasculaire.

Pondération des scores

Les scores actuels sous-estiment le risque. Multiplier par 1,5 pour la polyarthrite rhumatoïde. Pour les autres, il n'y a pas de pondération proposée, mais voir à la hausse...

Exemples de subtilités:

- Hypertension et goutte: diurétiques augmentent les crises
- Hypertension et sclérodémie: β -bloquants augmentent l'effet Raynaud
- Hypertension et néphrite lupique: très haut risque CV, préférer IEC/ARA
- Hypercholestérolémie + colchicine: interaction avec les statines, risque de myopathie /rhabdomyolyse...

Il faut donc chercher à minimiser la maladie avec le minimum de glucocorticoïdes.

Infections

Maladie/condition	Risque
Influenza	PR: +20% risque d'infection et + 80% risque de complications Vasculites à ANCA: x 3.3 risque complications
Pneumocoque	PR: x 4 risque d'infection, x 2-4 risque de complications SLE: x 4 risque d'infection, x 5-14 risque de complications Risque de complications augmentés aussi avec Sjögren, sclérodémie, DM/PM, PAN (3 à 5x)
Herpès zoster	Tous les rhumatismes: x3 risque d'infection
HBV	Pas clair
HPV	SLE: x 2.5
COVID-19	Risque d'infection: données conflictuels. Risque de complications plus élevé, surtout si CS, vasculite, certains biologiques comme le rituximab

Le risque infectieux est largement augmenté par la dysimmunité dans la maladie ainsi que par les traitements.

Ils sont à priori plus à risque d'infection covid, cependant ce sont des patients bien protégés et qui

reçoivent des traitement préventifs, les données sont donc conflictuelles.

La vaccination comprend les recommandations vaccinales de base.

Les vaccins ne provoquent pas plus de poussées inflammatoires, alors qu'ils diminuent les risques de complications.

- **Covid:** 3 doses + 1 booster
 - pas d'augmentation des poussée, alors que c'est le cas pour l'infection, ↓ 87% le risque d'hospitalisation (3 doses)
- **Pneumocoque:** 1 dose
 - Le pneumovax a peu d'efficacité, alors que le Pevnar diminue probablement le risque d'infections sévères contre le pneumocoque.
- **Grippe:** 1x/an
 - Lors de lupus ou de polyarthrite, diminue de moitié le risque d'hospitalisation.
- **Zona,** selon l'âge et le degrés d'immunosuppression: inhibiteurs jack, combinaison de traitements... > 65 ans en temps normal.
 - Il existe maintenant un vaccin non vivant, Shingrix, très efficace et remboursé.

Suspendre le traitement au moment de la vaccination augmente l'immunogénicité, tout comme le risque de poussées. L'effet sur l'efficacité est incertain, a faire seulement pour un patient très stable.

Les vaccins vivants sont généralement déconseillés pour cette population.

A stopper 3 mois avant en général: corticothérapie systémiques > 20mg/j de prednisone, méthotrexate, traitement biologiques ou spécifiques (anti-jak). Reprendre à 4 semaines.

Nb: Les anti-IL6 supprimant la CRP et un peu la VS, ce ne sont plus des marqueurs fiables de l'infection.

Cancer

De nombreux rhumatismes articulaires sont associés au cancer, la dermatomyosite, la polyarthrite rhumatoïde (2,5x + de risque de faire un lymphome que la population générale)...

Rhumatisme	Cancer	Facteurs de risque	
Myopathies inflammatoires	Adénocarcinome, Ca squameux tête/cou, LNH, ...	DM > PM NXP-2, TIF-1 gamma	Dermatomyosite > polymyosite
Sclérodermie	Poumon, foie, eosophage, cavité orale, thyroïde, peau, hématologique	anti-RNA Pol III, anti-RNPC-3	
Sjögren	Tout cancer, particulièrement LNH (surtout B) et thyroïde	Activité de la maladie, tuméfaction parotide, ADP, splénomégalie, cryo, complément bas	LNH: lymphome non-hodgkinien
LES	Tout cancer, particulièrement LNH, lié à HPV	Immunosuppression	
PR	Tout cancer, particulièrement LNH et poumon	Activité haute de la maladie	
Vasculite		Cyclophosphamide	

Mécanismes de l'association avec le cancer:

- rhumatisme inflammatoire → inflammation chronique, traitements suppriment la réponse immunitaire contre les cellules tumorales, infections oncogènes difficiles à traiter.
- Cancer → Auto-immunité, immunothérapie → rhumatisme inflammatoire
- Facteurs de risques et susceptibilités génétiques sont partagées entre les deux

Dépistage

- En cas de maladie/anticorps fréquemment associés
- > 60ans
- Maladie très agressive, atypique, qui ne répond pas au traitement
- Symptômes constitutionnels (~B) qui ne collent pas à l'activité de la maladie
- histoire familiale de cancer

Considérer:

- CT pulmonaire dans polyarthrite rhumatoïde (PR) + tabac
- CT Thoraco-abdomino-pelvien (TAP) si myosite (+ si anti-TIF1 γ , anti NXP2)
- CT TAP si sclérodermie (+ si anti-RNA pol III et anti-RNPC3)
- PSA/mammographie si sclérodermie avec facteurs de risque
- Frottis cervical 1x/an en cas de lupus et immunosuppression

Anti-TNF: ↑ risque de cancer de la peau hors mélanome

Cyclophosphamide CYC: peut faire des cancers de la vessie → FSC + sédiment urinaire

Ostéoporose

Le risque de fracture est augmenté dans la majorité des rhumatismes inflammatoires.

- PR: ↑ 60% le risque de fracture
- Lupus: 2x plus de fracture de hanche

C'est dû à l'inflammation chronique qui augmente la fragilité osseuse, aux facteurs de risques généraux (↓ vit D, ↓ indice de masse osseuse, ↑ âge, +++ corticoïdes), ainsi qu'à la sarcopénie qui augmente le risque de chute.

Traiter la maladie de base avec une dose minimale efficace de cortisone, et dépister le patient après le premier mois de traitement si > 5 mg de prednisone pendant > 3mois.

Si le T-score est <1.5 ou <1 et 2/3 facteurs de risque: > 50 ans, ménopausée, ≥20mg prednisone/j → traitement préventif par biphosphonates (ou teriparatide).

Le score FRAX ne prend pas en compte des dosages > 7.5mg, pondérer de 20% pour la fracture de hanche et de 15% pour les fractures ostéoporotiques.

Atteinte pulmonaire

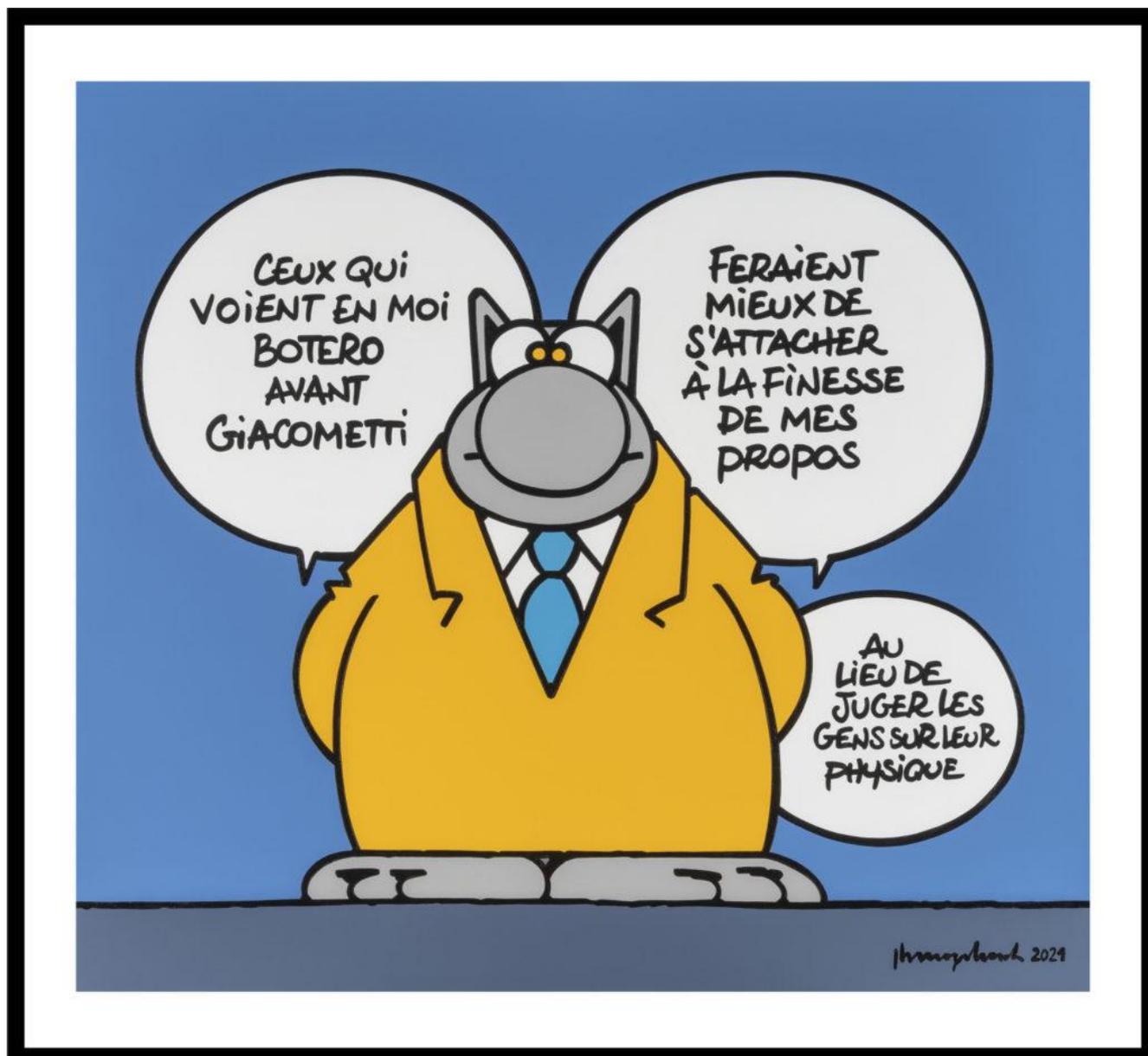
La majorité de ces maladies sont associées à une atteinte pulmonaire, le plus souvent une pneumopathie interstitielle, qui augmente la mortalité.

Dépistage: recherche de symptômes, Rx du thorax,

- sclérodermie: fonctions et CT pulmonaire, échocoeur (hypertension pulmonaire)
- Myopathie inflammatoire: fonctions et CT pulmonaire
- PR: fonctions et CT pulmonaire si haut risque (homme, âgé, fumeur)

Ressources:

- site de la [société suisse de rhumatologie](#): prévention et traitement de l'ostéoporose cortisonique, recommandations vaccinales.....
- Le service de médecine tropicale et humanitaire a mis en place une consultation de mise à jour vaccinale chez les patients immunosupprimés. info.medint@hcuge.ch



Compte-rendu de Valentine Borcic
valentine.borcic@gmail.com
Transmis par le laboratoire MGD
colloque@labomgd.ch