

# LA POLYARTHRITE RHUMATOÏDE: URGENCE D'AGIR !

MARK HAZELTINE, MD, FRCPC  
CENTRE DE RHUMATOLOGIE DE LAVAL

JEAN-LUC TREMBLAY, MD, FRCPC  
CENTRE HOSPITALIER RÉGIONAL DE TROIS-RIVIÈRES

Déjà dix ans se sont écoulés depuis la dernière publication du Rhumatologue portant sur la polyarthrite rhumatoïde (PAR). À l'époque, une toute nouvelle gamme de traitements, les agents biologiques, laissaient croire à des succès thérapeutiques jusque-là inégalés. L'expérience nous a permis de constater que ces agents thérapeutiques ont rempli leurs promesses! Après l'arrivée des anti-TNFs, nous avons vu apparaître de nombreux autres traitements ciblant différents modulateurs de l'inflammation (anti-IL6, anti-CD20, CTLA4 Ig, anti-IL1, inhibiteurs des JAKs). D'autres traitements s'annoncent tout aussi prometteurs à l'avenir. Une vaste gamme d'agents efficaces étant à notre portée, il est encore plus important pour l'omnipraticien d'identifier rapidement, parmi les nombreuses causes de polyarthralgies, la présence d'une arthropathie inflammatoire. C'est la raison pour laquelle nous avons cru nécessaire de revisiter la PAR.

## OBJECTIFS D'APPRENTISSAGE

- aider le clinicien à identifier la présence d'une arthropathie inflammatoire;
- utiliser adéquatement les examens paracliniques pour diagnostiquer précocement la PAR;
- reconnaître l'importance de référer rapidement en rhumatologie un cas de PAR.



**VIGNETTE CLINIQUE:**

*Manon, 36 ans, vous consulte, car depuis 4 mois, elle présente des douleurs articulaires aux mains, aux épaules, aux genoux et aux pieds. Les douleurs l'éveillent la nuit, sont associées à une raideur matinale prolongée et sont partiellement soulagées par la prise d'ibuprofène. Plutôt que de s'atténuer, ses symptômes tendent à s'aggraver au fil des semaines et elle note depuis quelques semaines des gonflements aux mains et aux genoux.*

**1. ANAMNÈSE**

Avant même d'avoir examiné la patiente, il est clair que cette histoire évoque l'apparition d'une polyarthrite. Les douleurs sont à caractère inflammatoire (douleur articulaire en fin de nuit qui éveille la patiente, raideur matinale prolongée et gonflement articulaire). Il s'agit d'un élément clé dans l'évaluation de polyarthralgies puisque les malaises décrits par la patiente y sont fort différents des douleurs décrites dans le cadre de problèmes dits mécaniques (ex. : arthrose) ou des douleurs plus diffuses retrouvées, par exemple, en cas de fibromyalgie ou de douleurs neuropathiques (Tableau 1). En l'absence de gonflement articulaire ou de synovites, un tableau douloureux diffus évoquera plutôt, par exemple, des pathologies mécaniques diverses (tendinite, cervicalgie, etc.) ou non inflammatoire telle une fibromyalgie.

La durée des symptômes influence grandement le diagnostic différentiel. Face à une polyarthrite, il est difficile de poser un diagnostic certain lorsque les symptômes n'évoluent que depuis quelques semaines. Une arthrite virale ou microcristalline, entre autres peuvent facilement mimer une PAR débutante (Tableau 2). Enfin, la présence de symptômes systémiques spécifiques peut orienter le diagnostic (Tableau 3).

**TABLEAU 1:  
DISTINCTION DES DOULEURS INFLAMMATOIRES, MÉCANIQUES ET FIBROMYALGIQUES**

DISTINCTION DES DOULEURS INFLAMMATOIRES, MÉCANIQUES ET FIBROMYALGIQUES			
	INFLAMMATOIRE	MÉCANIQUE	FIBROMYALGIE
<b>La douleur est dominante</b>	La nuit et le matin	En après-midi ou en soirée	Persiste toute la journée, autant de jour que de nuit
<b>Raideur matinale</b>	Plus d'une heure	Brève ("Gelling")	Variable
<b>Gonflement articulaire</b>	Fréquent (synovites)	Gonflement possible mais généralement peu marqué	Sensation subjective de gonflement mais aucune anomalie objective
<b>Érythème</b>	Occasionnel	Absent	Absent
<b>Effet de la mobilisation sur la douleur</b>	Généralement, l'activité atténue la douleur ou diminue la sensation de raideur	Généralement, l'activité accentue la douleur	La douleur est relativement constante, globalement peu modifiée par l'exercice ou le repos
<b>Effet du repos</b>	La raideur s'accroît	La raideur s'atténue	Douleur inchangée
<b>Détresse psychologique</b>	Variable, surtout associée au niveau de la douleur et la sévérité de l'état inflammatoire	Rare, surtout associée au niveau d'invalidité	Fréquente, peut sembler disproportionnée par rapport à l'absence de trouvailles cliniques
<b>Fatigue, asthénie</b>	Fréquente, surtout si activité inflammatoire importante	Rare	Fréquente

**TABLEAU 2:**  
**DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL SOMMAIRE D'UNE POLYARTHRALGIE/POLYARTHRITE**  
**EN FONCTION DE LA DURÉE DES SYMPTÔMES**

SYMPTÔMES AIGUS (<6 SEMAINES)	SYMPTÔMES CHRONIQUES (>6 SEMAINES)
Arthrite virale (ex. : parvovirus B19) Arthrite septique (ex. : gonococcique) Goutte, pseudogoutte Rhumatisme articulaire aigu Maladie sérique Sarcoïdose	Polyarthrite rhumatoïde Arthrite psoriasique Collagénose Vasculite systémique Arthrose Fibromyalgie



**TABLEAU 3:**  
**DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL DE POLYARTHRALGIES/POLYARTHrites**  
**EN FONCTION DES SYMPTÔMES SYSTÉMIQUES ASSOCIÉS**

DIAGNOSTIC	CLINIQUE
Arthrose	- Asymétrique - IPP et IPD - MCP non atteints - Douleur mécanique
Fibromyalgie	- Myalgies ou douleurs neuropathiques diffuses (type brûlure) - Fatigue - Trouble du sommeil
Spondyloarthropathies séronégatives - Spondylite ankylosante - Arthrite réactive (syndrome de Reiter) - Arthrite psoriasique - Arthrite entéropathique	- Atteinte axiale ou des sacro-iliaques - Oligoarthritis asymétrique des grosses articulations - Psoriasis - Dactylites, enthésites - Uvéite - Symptômes digestifs (diarrhées, crampes, rectorragies)
Arthrite microcristalline - Goutte - Pseudogoutte	- Tableau aigu - Mono/oligoarthrite - Peut mimer une PAR
Polymyalgia rheumatica	- Début subit - Myalgies des ceintures scapulaires et pelviennes - Réponse dramatique à la prednisone
Lupus érythémateux disséminé	- Rash malaire - Alopécie - Photosensibilité - Raynaud - Atteinte SNC - Pleuropéricardite - Atteinte rénale - Thrombophlébite/avortements spontanés
Sarcoïdose	- Érythème noueux - Atteinte prépondérante des chevilles avec périarthrite - Atteinte pulmonaire
Arthrite paranéoplasique	- Perte de poids/fièvre/atteinte de l'état général - Néoplasie connue - Souvent réfractaire aux traitements habituels

**CINQ ÉLÉMENTS-CLÉS À PRÉCISER DANS LE QUESTIONNAIRE DE POLYARTHRALGIES:**

- Les douleurs sont-elles à caractère inflammatoires, mécaniques ou neuropathiques ?
- Quelle est la distribution de l'atteinte articulaire ?
- Les symptômes sont-ils aigus (<6 semaines) ou chroniques (>6 semaines) ?
- Y a-t-il des symptômes extra-articulaires associés pour orienter vers un type d'arthropathie spécifique ?
- Quel est l'impact sur les capacités fonctionnelles ?

## 2. EXAMEN PHYSIQUE

Afin de confirmer la présence de polyarthrite, il est essentiel de documenter la présence de synovites. Bien que l'examen articulaire puisse sembler inaccessible pour certains, il existe des astuces qui peuvent vous être utiles. La simple observation et palpation d'endroits spécifiques permet de mettre en évidence la présence de synovites (Tableau 4).

**TABLEAU 4:**  
**PRINCIPALES ARTICULATIONS À EXAMINER AFIN D'IDENTIFIER LA PRÉSENCE DE SYNOVITES SONT:**

	<p>Les articulations métacarpophalangiennes sont palpées de part et d'autre du tendon de l'extenseur du doigt. Il ne faut pas ignorer la localisation exacte de la MCP : elle est située à l'extrémité de la tête métacarpienne. Le gonflement articulaire est facilement perceptible en cas de synovite. La 2<sup>e</sup> ainsi que la 3<sup>e</sup> sont fréquemment atteints dans la PAR.</p>
	<p>Au poignet, l'interligne de l'articulation radio-carpienne est le site où rechercher la synovite. L'interligne articulaire est retrouvé à quelques millimètres en distal du tubercule de Lister. En temps normal, il est facilement palpable, mais en cas de synovite du poignet, le gonflement empêche de palper distinctement les structures osseuses. Le cas échéant, la palpation du poignet est douloureuse et l'amplitude articulaire est diminuée.</p>
	<p>Le gonflement du coude occasionne un bombement synovial, se manifestant par une perte des dépressions habituellement visualisées au niveau des gouttières paraolécrâniennes. Un gonflement significatif entraîne généralement un flexum du coude. Pour détecter l'épanchement articulaire, l'examineur appose les doigts contre les gouttières paraolécrâniennes, le coude du sujet fléchi. Il étend ensuite progressivement le coude jusqu'à son extension complète. En cas de synovite, l'examineur perd le contact avec les structures osseuses et perçoit plutôt le bombement synovial en ramenant le coude en extension.</p>
	<p>À moins d'être face à un gonflement articulaire massif de l'épaule, il est difficile de visualiser le gonflement articulaire. La présence de synovite est suspectée lorsque la mobilisation passive de l'épaule est douloureuse, associée à une limitation de l'amplitude articulaire.</p>
	<p>Aux genoux, la présence de chaleur est un signe physique important. Les méplats sont comblés, le recessus sous quadricipital est gonflé et les manœuvres de Flot ou de Glaçon sont positives.</p>
	<p>La synovite de la cheville occasionne son gonflement diffus, particulièrement localisé au niveau de l'interligne articulaire et au pourtour des malléoles. À la palpation, le médecin note la présence de gonflement et la perte de l'interligne</p>
	<p>L'interligne articulaire des articulations métatarso-phalangiennes peut être palpé directement. Le médecin peut aussi simplement dépister la présence de synovites en effectuant une compression latérale contre les têtes métatarsiennes. Le cas échéant, cette manœuvre devrait être douloureuse.</p>

Source: Tremblay JL, L'Examen musculosquelettique, Presses de l'Université de Montréal, 2009. ISBN 9-782760-621701.

### 3. PRÉSENTATION CLINIQUE DE LA POLYARTHRITE RHUMATOÏDE

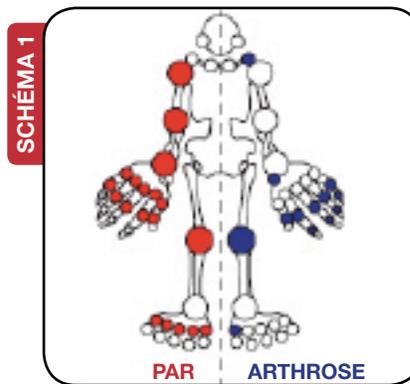
La PAR affecte environ 1 % de la population. Elle présente une distribution mondiale et affecte tous les groupes ethniques. Elle peut survenir à tout âge mais touche plus particulièrement les gens de 30 à 60 ans. L'incidence est environ 2 fois plus élevée chez la femme.

La présentation initiale de la PAR est souvent insidieuse. Les symptômes évoluent quelques semaines à quelques mois avant de se manifester clairement comme une polyarthrite symétrique. Dans certains cas, elle peut être à début subit avec forte atteinte de l'état général tel que fièvre et asthénie marquée. Elle peut aussi se manifester par un prodrome mono/oligoarticulaire ou migratoire. Au 3e âge, la maladie peut se présenter par une atteinte des ceintures scapulaires et pelviennes, mimant initialement une polymyalgia rheumatica.

La distribution des articulations atteintes différencie la PAR de plusieurs autres arthropathies. L'atteinte de la main (interphalangienne proximale (IPP) et métacarpophalangienne (MCP) et/ou poignet) est présente dans une forte majorité des cas. Les IPD sont épargnées. Le schéma 1 illustre les principales articulations atteintes par la PAR et celles pouvant être touchées par l'arthrose.

Si l'inflammation n'est pas bien contrôlée, des déformations articulaires irréversibles apparaîtront. Les déformations les plus classiques que l'on retrouve aux mains sont la déviation cubitale des doigts (avec subluxation des MCP, voir photo page 2), le col de cygne (contracture en flexion des MCP et IPD associée à une hyperextension de l'IPP) et la boutonnière (contracture en flexion de l'IPP associée à une hyperextension de l'IPD).

La PAR n'affecte pas uniquement le système musculo-squelettique. Les manifestations extra-articulaires apparaissent généralement tardivement mais peuvent parfois être un mode de présentation initial de la maladie. Il dépasse l'objectif de ce texte de faire une description extensive de chacune de ces manifestations et de leur traitement mais elles sont résumées au tableau 5.



**TABLEAU 5:**  
**MANIFESTATION EXTRA-ARTICULAIRES DE L'ARTHRITE RHUMATOÏDE**

MANIFESTATION EXTRA-ARTICULAIRES DE L'ARTHRITE RHUMATOÏDE	
Cutanée	Nodules rhumatoïde, vasculite rhumatoïde
Oculaire	Kératoconjonctivite sèche, épisclérite, sclérite, scléromalacie
Pulmonaire	Épanchement pleural, nodules rhumatoïdes isolés ou multiples, fibrose pulmonaire, BOOP, syndrome de Caplan
Cardiaque	Péricardite, nodules rhumatoïde avec blocs de conduction ou atteinte valvulaire
Neurologique	Atteinte C1-C2 avec myélopathie secondaire, neuropathies périphériques compressives ou vasculitiques, atrophie musculaire
Hématologique	Anémie inflammatoire, thrombocytose, syndrome de Felty (neutropénie et splénomégalie)
Autres	Amyloïdose secondaire, syndrome de Sjögren

**TABLEAU 6:**  
**CRITÈRES EULAR/ACR 2010**  
**DIAGNOSTIC DE PAR**

<b>TYPE D'ATTEINTE ARTICULAIRE (0-5)</b>	
1 articulation grosse ou moyenne	0
2-10 articulations grosses ou moyennes	1
1-3 petites articulations	2
4-10 petites articulations	3
> 10 articulations (au moins une petite)	4
<b>SÉROLOGIE (0-3)</b>	
Ni FR, ni anti-ccp positif	0
Au moins un test faiblement positif (<3 fois la normale)	2
Au moins un test fortement positif (>3 fois la normale)	3
<b>DURÉE DE LA SYNOVITE(0-1)</b>	
< 6 semaines	0
> 6 semaines	1
<b>RÉACTIONS DE LA PHASE AIGÛE (0-1)</b>	
Ni VS, ni CRP élevée	0
VS ou CRP élevée	1

**Polyarthrite rhumatoïde si score  $\geq 6$**

## 4. ANALYSES DE LABORATOIRE

Le diagnostic de la PAR est avant tout un diagnostic clinique. Bien que les critères de classification de la maladie révisés en 2010 ne puissent être utilisés comme critères diagnostiques en clinique, ils reflètent somme toute assez bien le tableau classique de la PAR (Tableau 6). D'autres questionnaires de dépistage ont également été développés afin d'aider l'omnipraticien à identifier les cas de polyarthrite (annexe 1).

Les analyses de laboratoires sont peu utiles si elles sont utilisées sans discernement dans le dépistage de maladies rhumatismales. Il n'existe pas de test permettant à lui seul de confirmer ou infirmer la présence d'une PAR et ce diagnostic en demeure un essentiellement basé sur la clinique. Le médecin doit donc s'abstenir de demander une pléiade d'examen comme modalité de dépistage: cette façon de faire mènera assurément à des résultats de signification douteuse. Les analyses spécifiques doivent uniquement être recherchées afin d'appuyer le diagnostic ou en éliminer un autre. En cas de PAR, l'investigation reposera principalement sur l'identification de paramètres inflammatoires et la recherche d'auto-anticorps associés à la PAR (FR ou anti-CCP).

**TABLEAU 7:**  
**FACTEURS DE MAUVAIS PRONOSTIC**  
**DANS L'ARTHRITE RHUMATOÏDE**

<b>FACTEURS DE MAUVAIS PRONOSTIC</b> <b>DANS L'ARTHRITE RHUMATOÏDE</b>
Atteinte polyarticulaire
Handicap fonctionnel initial
Atteintes extra-articulaires
Présence du facteur rhumatoïde (surtout à titre élevé) et/ou anti-ccp positif
Vitesse de sédimentation et protéine C réactive élevées
Apparition précoce d'érosions (moins de 2 ans)
Facteur socio-démographiques (faible niveau d'éducation, faibles revenus)
Présence du marqueur génétique HLA-DR4 (surtout pour études de cohortes)

### 4.1 MARQUEURS INFLAMMATOIRES

Il est bien connu que la PAR est associée à la présence de marqueurs inflammatoires élevés (Vitesse de sédimentation ou protéine C réactive). Toutefois, un résultat normal n'élimine pas le diagnostic: 10% des patients peuvent présenter des paramètres inflammatoires normaux malgré la présence d'une polyarthrite importante.

### 4.2 FACTEUR RHUMATOÏDE ET ANTI-CCP

On estime que 50% des patients auront un facteur rhumatoïde positif lors du diagnostic. Ce taux s'élève à près de 80% à un an d'évolution de la maladie. Le facteur rhumatoïde (FR) n'est pas spécifique à l'arthrite rhumatoïde. Il est présent chez 1 à 5 % de la population adulte. Ce taux s'élève même à 10 % au sein de la population des plus de 65 ans. L'anti-peptide cyclique citrulinée (anti-CCP) présente une sensibilité similaire à celle du facteur rhumatoïde mais sa spécificité est beaucoup plus grande, variant de 80 à 100 % selon les populations étudiées. Le FR et l'anti-CCP sont d'importants marqueurs pronostiques puisque les patients séropositifs auront en général une maladie plus agressive, associée à plus de manifestations extra-articulaires (tableaux 5 et 7).

#### 4.3 RADIOGRAPHIE DES MAINS ET DES PIEDS:

Elles sont généralement normales lorsque la maladie n'évolue que depuis quelques mois. Néanmoins, la présence d'érosions radiologiques confirme hors de tout doute le diagnostic et est associée à un mauvais pronostic.

#### 4.4 PONCTION ARTICULAIRE DIAGNOSTIQUE

Une ponction articulaire avec analyse du liquide synovial peut aider au diagnostic. Le décompte leucocytaire démontrera une cellularité variant de 2 000 à 50 000, compatible avec un phénomène inflammatoire. La recherche de cristaux sera surtout utile pour exclure la présence d'une arthropathie microcristalline. Une culture du liquide est aussi recommandée afin d'éliminer une condition infectieuse, surtout en présence d'une monoarthrite.

#### 4.5 AUTRES ANALYSES

Les autres examens serviront principalement à éliminer d'autres diagnostics et ne devront être demandées que si des manifestations cliniques évoquent un diagnostic précis (Tableau 8).

ANA: La recherche d'anticorps antinucléaires est surtout utile pour éliminer le diagnostic d'une arthrite associée à une collagénose, tel un lupus érythémateux disséminé. Cet examen est particulièrement indiqué en présence de symptômes extra-articulaires (ex.: Raynaud, photosensibilité, alopecie ou sérosité). L'ANA demeure cependant un examen peu spécifique.

### TABLEAU 8: ANALYSES RECOMMANDÉES EN CAS DE PAR

FSC, Sédimentation  
Créatinine, AST, ALT, Phosphatases alcalines  
Facteur rhumatoïde, anti-CCP  
Analyse d'urine  
Analyse du liquide synovial  
Radiographie des mains et des pieds

#### Analyses complémentaires en cas de doute diagnostique sérieux:

**Goutte:** Acide urique, analyse du liquide synovial  
**Pseudogoutte:** recherche de chondrocalcinose, analyse du liquide synovial  
**Lupus:** ANA, complément, analyse d'urines  
**Vasculite systémique:** ANCA, complément, analyse d'urines, hépatite B/C  
**spondylarthropathie:** HLA B27, radiographie des sacro-iliaques

### RETOUR À LA VIGNETTE CLINIQUE:

*Suspectant une polyarthrite, vous demandez des analyses sanguines et recommandez l'usage de naproxène 500 BID. Une semaine plus tard, vous revoyez votre patiente qui vous indique que la médication la soulage bien. Elle dort mieux la nuit et les raideurs matinales ne sont plus que de trente minutes. Le gonflement des mains est grandement atténué. Les analyses démontrent une anémie normochrome normocytaire (Hb 117) et une vitesse de sédimentation à 29. Le facteur rhumatoïde est positif à 62.*

*Votre patiente se sent relativement bien et ne voit pas la pertinence de pousser davantage les traitements et l'investigation. Est-il vraiment nécessaire de la référer en spécialité?*

## 5. APPROCHE THÉRAPEUTIQUE

L'expertise d'un médecin évaluant couramment des arthropathies inflammatoires offre les meilleures chances au patient de bien évoluer à long terme. Le traitement devra généralement être réévalué tant que le patient n'aura pas atteint les critères de rémission de la maladie, basé sur l'absence de douleur articulaire et de synovites ainsi que la normalisation des paramètres inflammatoires. Malheureusement, certains patients hésitent à consulter en se fiant sur l'impression que la douleur est tolérable. Ce n'est que lorsque la perte de fonction – irréversible – est établie que le patient recherche davantage de traitement alors qu'une opportunité thérapeutique est manquée.

Nous n'insisterons jamais assez sur l'importance, qu'une fois le diagnostic d'arthrite (peu importe le type) établi, de référer le patient en spécialité même si les douleurs articulaires sont relativement bien contrôlées. Le but du traitement est de contrôler les douleurs à court terme mais aussi de prévenir l'apparition de dommages articulaires au long cours, principale cause d'invalidité à long terme (figure 2). Il est souvent trompeur de se fier

uniquement aux symptômes du patient, habitué d'être aux prises avec des douleurs, des raideurs et des gonflements articulaires. La littérature suggère qu'un délai aussi court que 3 mois d'évolution sans traitement peut nuire à l'induction éventuelle d'une rémission, favoriser la progression radiologique et l'incapacité fonctionnelle au long cours.

Dans une édition précédente du rhumatologue (2012), nous avons eu l'opportunité de vous présenter les divers agents de rémission (ADR) de la polyarthrite ainsi que les principaux agents biologiques. Aussi nous nous attarderons davantage sur les principes généraux du traitement de la PAR. Les AINS et les faibles doses de corticostéroïdes, pour une brève période (quelques semaines), serviront à contrôler l'activité inflammatoire de la maladie et soulager la douleur à court terme alors que les agents de rémission permettront d'obtenir un bon contrôle de la maladie à long terme et de prévenir les dommages articulaires. Le tableau 9 représente les grandes lignes directrices de prise en charge de la PAR.

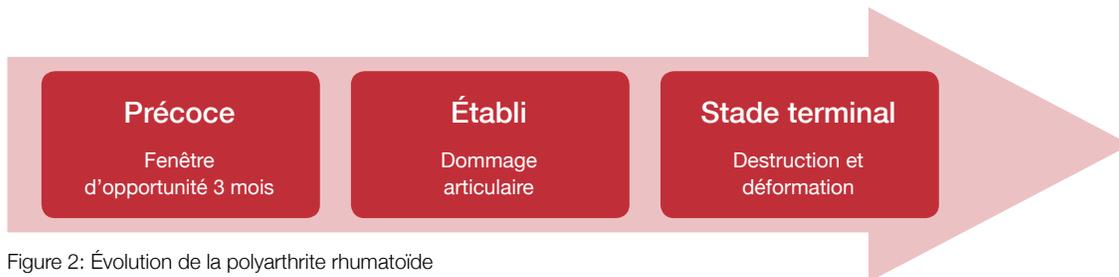


Figure 2: Évolution de la polyarthrite rhumatoïde

### 5.1 AINS

Les AINS sont les agents analgésiques utilisés en première ligne afin d'alléger la douleur, la raideur et le gonflement articulaire. On doit considérer les risques de complications gastro-intestinales reliés à leur usage. Le cas échéant, on favorisera l'usage d'un COXIB. On évitera aussi de les utiliser en présence d'insuffisance cardiaque ou d'insuffisance rénale.

### 5.2 CORTICOSTÉROÏDES

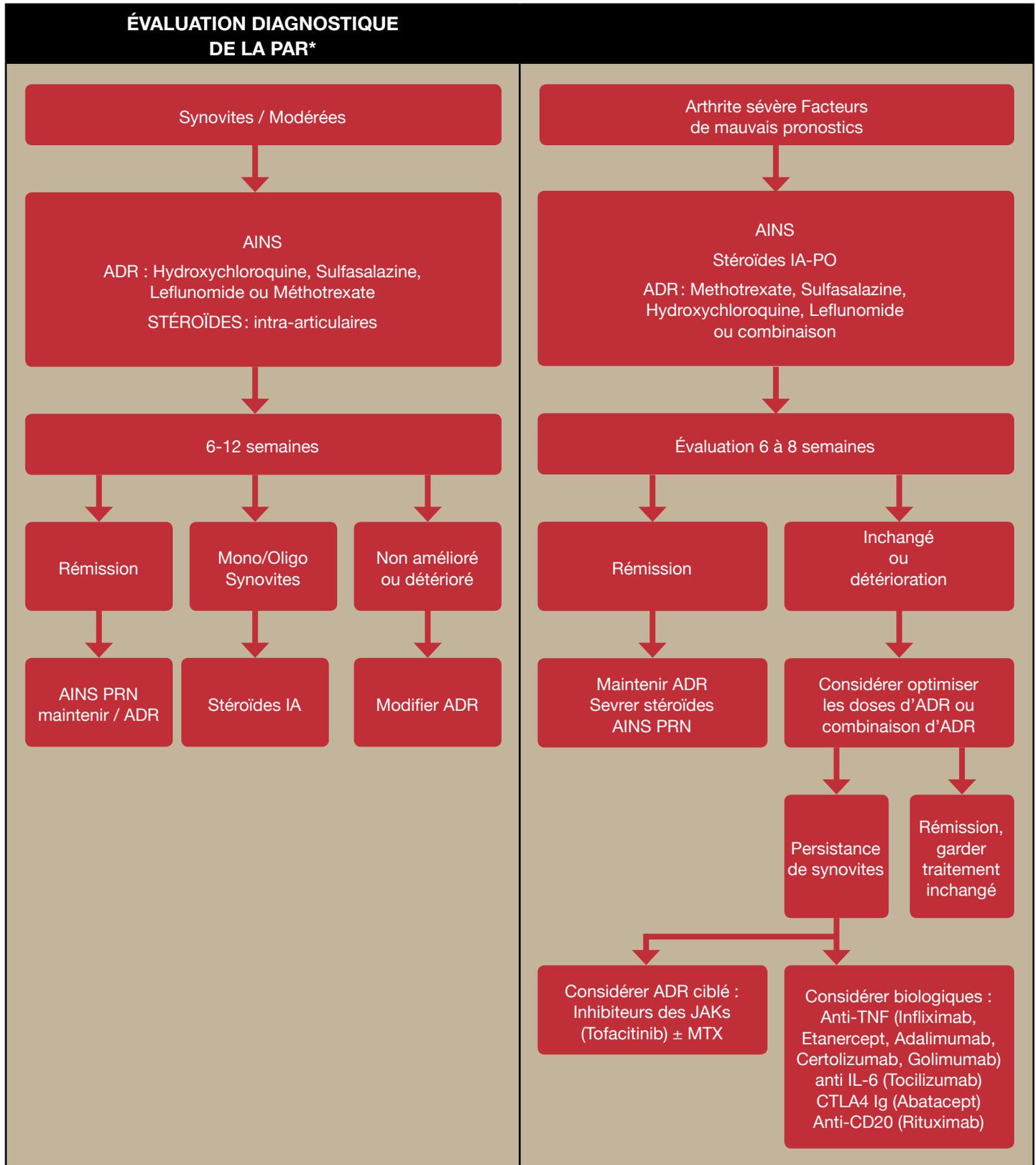
Les corticoïdes permettent un soulagement rapide des symptômes inflammatoires en cas d'inefficacité des AINS. Une faible dose (5 à 10 mg par jour) est généralement amplement suffisante pour apporter un soulagement rapide des malaises. Leur utilisation à long terme doit être évitée si possible puisqu'ils présentent un profil de toxicité non négligeable (diabète, ostéoporose, immunosuppression, cataractes, caractères cushingoïdes, etc.). Ils servent donc

de traitement de pont en cas d'échec aux AINS en attendant que les ADR apportent un contrôle acceptable de la maladie.

Les corticoïdes en injections intra-articulaires sont fréquemment utilisés. Ils permettent de contrôler les symptômes lorsqu'il n'y a que quelques articulations douloureuses ou enflammées qui échappent au contrôle par les ADR.

**MISE EN GARDE IMPORTANTE:** Bien que très efficaces pour atténuer les symptômes de PAR, les corticostéroïdes doivent être évités si le diagnostic est incertain car l'atténuation des symptômes et l'absence de synovites nuira à un diagnostic précoce. Le cas échéant, il est préférable de contacter le rhumatologue afin de faire évaluer rapidement le/la patient(e) plutôt que de masquer les signes et symptômes avec une corticothérapie.

**TABLEAU 9:  
PRISE EN CHARGE DE LA PAR**



\* L'évaluation diagnostique devrait inclure une référence en rhumatologie.

### 5.3 LES AGENTS DE RÉMISSION DE LA MALADIE

Les ADR présentent un délai d'action variable de 1 à 6 mois. Leur usage permet un ralentissement ou un arrêt de progression de la maladie. Ils sont aussi efficaces pour prévenir une recrudescence de l'activité inflammatoire. Ultimement, ils peuvent prévenir les déformations articulaires et l'invalidité qui en résulte. Bien que l'efficacité de chacun a été démontrée par études randomisées, il est difficile de prédire quel agent sera efficace face à un patient donné. Le choix de l'agent sera déterminé selon l'agressivité de la maladie et les co-morbidités que présente le patient. Avant d'administrer une telle médication, il est essentiel de bien informer le patient des bénéfices attendus mais aussi des risques potentiels associés à leur usage à long terme. Une description extensive des différents agents de rémission a été présentée dans le feuillet du rhumatologue de mars 2012.

Récemment, Santé Canada a approuvé, pour le traitement de la PAR modérée à sévère, le Tofacitinib, une nouvelle classe thérapeutique inhibant les Janus kinase, des enzymes intracellulaires liées aux récepteurs de la famille des cytokines et impliquées dans le processus immunitaire cellulaire. Il s'agit d'un ADR ciblé avec action biologique. Son profil d'efficacité est supérieur au méthotrexate et similaire aux agents biologiques et s'administre par la voie orale.

### 6. ASPECTS PRATIQUES DE LA PRISE EN CHARGE EN PREMIÈRE LIGNE

Il est du rôle de l'omnipraticien d'identifier quels patients nécessitent une approche thérapeutique distincte, spécialisée, tout comme il est du rôle du spécialiste d'offrir une disponibilité à évaluer rapidement les conditions urgentes. Une communication interdisciplinaire est essentielle à une bonne prise en charge et à cet effet, nous vous référons au feuillet du rhumatologue portant sur la consultation en rhumatologie (novembre 2006).

Face à une polyarthrite, le patient sera référé en rhumatologie avec les informations pertinentes afin de s'assurer que la demande de consultation soit priorisée. D'ici à ce que le patient soit évalué, l'omnipraticien pourra, en l'absence

de contre-indications, recommander l'usage d'acétaminophène et/ou d'AINS. Advenant que les douleurs soient trop sévères ou ne puissent être contrôlées par cette première ligne de traitement, une corticothérapie à faible dose et pour une brève période (ex : 10 mg DIE sevré sur 14 jours) permettra de mieux soulager le patient. Le médecin prescrivant la corticothérapie doit se souvenir que la prednisone ne doit être prescrite que sur une très brève période car il sera difficile pour le rhumatologue de confirmer le diagnostic si le patient est corticotraité et soulagé lors de la consultation, retardant indûment la confirmation diagnostique. Le cas échéant, il sera préférable de contacter directement le rhumatologue afin de discuter avec lui de l'urgence de la situation pour que le patient soit évalué dans de plus brefs délais et convenir des doses de corticoïdes à utiliser entre temps. Certaines régions ont même établi des programmes d'accès rapides spécifiquement dédiés à l'identification précoce des arthropathies inflammatoires.

Lorsque le diagnostic est fort probable, l'omnipraticien pourra aussi débiter d'emblée un traitement à base d'hydroxychloroquine (HCQ) à raison de 200 à 400 mg DIE. Cet agent de rémission présente un très faible profil de toxicité et un long délai d'action, pouvant aller jusqu'à 6 mois avant d'offrir son plein potentiel. La sulfasalazine peut aussi être initiée sans trop de toxicité pour le patient. La dose initiale est de 500 mg DIE et peut être majorée jusqu'à 1000 mg BID en quelques semaines pour en favoriser la tolérance digestive.

### CONCLUSION

La polyarthrite rhumatoïde est une maladie potentiellement invalidante. Toutefois, il est possible d'en freiner la progression. Il est essentiel de dépister la maladie le plus tôt possible et de traiter précocement les patients atteints avec un agent de rémission afin de prévenir les déformations articulaires et le handicap fonctionnel qui en résulte.

Nous espérons que cette mise à jour sur la prise en charge de la PAR vous sera utile et vous guidera lors de vos prochaines évaluations de patients avec polyarthralgies.

RÉALISÉ GRÂCE À UNE SUBVENTION  
INCONDITIONNELLE À VISÉE ÉDUCATIVE DE:



AMRQ

**2. Complexe Desjardins, Porte 3000**

C.P. 216, succ. Desjardins  
Montréal QC H5B 1G8  
Tél. : 514 350-5136  
Télec. : 514 350-5029  
amrq@fmsq.org  
www.rhumatologie.org

CONSEIL GÉNÉRAL DE L'AMRQ

Dr Guylaine Arsenault      Dr Anne St-Pierre  
Dr Gaëlle Chédeville      Dr Angèle Turcotte  
Dr Ariel R. Masetto  
Dr Frédéric Massicotte  
Dr Frédéric Morin

COMITÉ DE RÉVISION

Dr François Croteau, méd. famille  
Dr Angèle Turcotte, rhumatologue

CONCEPTION ET PRODUCTION

Optik Design inc.  
Site internet : [www.optikdesign.ca](http://www.optikdesign.ca)  
Téléphone : 514-303-9196