

Item 121 : Polyarthrite rhumatoïde (Évaluations)

Date de création du document 2008-2009

CAS CLINIQUE : CAS CLINIQUE N°8

Scénario :

Vous voyez en consultation pour la première fois Madame H., âgée de cinquante et un ans, fonctionnaire.

Depuis trois mois, elle se plaint d'une douleur en fin de nuit (à partir de 4 h du matin), suivie d'une raideur (tous les matins pendant une heure), siégeant principalement aux articulations métatarsophalangiennes, métacarpophalangiennes et interphalangiennes proximales des deux pieds et des deux mains.

À l'interrogatoire, vous ne notez pas d'événement intercurrent ou ayant précédé le début des troubles.

Elle présente pour principaux antécédents une hystérectomie pour fibrome utérin il y a deux ans, un glaucome à angle ouvert, une dilatation des bronches semble-t-il secondaire à une primo-infection tuberculeuse à l'âge de dix ans, un asthme allergique (depuis l'enfance) et une hypertension artérielle traitée depuis cinq ans par irbésartan et hydrochlorothiazide. Elle fume un paquet de cigarettes par jour. Elle n'est pas ménopausée.

Son traitement habituel comprend, outre l'antihypertenseur, du salbutamol en spray à la demande.

L'examen rhumatologique retrouve un gonflement du genou droit, des poignets, des 1^{re}, 2^e, 3^e, 4^e métacarpophalangiennes, et des 2^e, 3^e, 4^e interphalangiennes proximales des deux mains. Les interphalangiennes distales sont discrètement déformées, sans signes inflammatoires locaux, avec une palpation au travers de la peau de tuméfactions osseuses évocatrices d'ostéophytes. Il existe trois petits nodules fermes au bord des 2^e, 3^e et 4^e doigts.

L'examen général met en évidence la présence de crépitants à la base droite.

Elle vous montre un test au latex, demandé par son médecin traitant, positif au 160^e, et des radiographies des mains.

Voir photo dans le cahier couleur (cas clinique 8.1).



QUESTION 1/6 :

Quel diagnostic vous paraît le plus vraisemblable ? Pourquoi ?

Réponse attendue :

Polyarthrite rhumatoïde.

Arguments :

- Fréquence : il s'agit de l'étiologie la plus fréquente de polyarthrite chronique à cet âge.
- Terrain : femme âgée de la cinquantaine, pic de fréquence de la maladie.
- Signes rhumatologiques :
 - raideur articulaire > 1 heure depuis plus de six semaines ;
 - arthrites de plus de trois groupes articulaires depuis plus de six semaines ;
 - atteintes des mains depuis plus de six semaines ;
 - atteintes symétriques depuis plus de six semaines ;
 - nodules des doigts compatibles avec des nodules rhumatoïdes.
- Signes généraux : absence de signes articulaires (atteinte axiale, atteinte des interphalangiennes distales) ou extra-articulaires (atteintes viscérales...) orientant vers une autre pathologie.
- Signe biologique : présence de facteurs rhumatoïdes.

QUESTION 2/6 :

Quel examen biologique immunologique vous paraît le plus important pour éliminer un diagnostic différentiel ? Décrivez brièvement la méthode habituellement utilisée pour sa réalisation.

Réponse attendue :

Facteurs antinucléaires pour rechercher des arguments en faveur d'une autre maladie auto-immune : lupus érythémateux ou syndrome de Gougerot-Sjögren.

On pratiquera un dépistage sur cellule Hep2, puis, en cas de positivité, une recherche de spécificité (notamment anti-ADN natif) par ELISA ou par test radio-immunologique selon la méthode de Farr ou sur *Crithidia luciliae*, mais aussi une recherche d'anticorps anti-antigène soluble (anti-Sm, anti-SSA et SSB notamment).

QUESTION 3/6 :

Quel(s) examen(s) complémentaire(s) radiographique(s) vous paraît (paraissent) indispensable(s) ? Pour quelle(s) raison(s) ?

Réponse attendue :

- Radiographies des mains et poignets de face, des avant-pieds de face, et des avant-pieds de trois quarts pour la recherche de signes typiques de polyarthrite rhumatoïde
 - déminéralisation et, surtout, érosion – et afin d'avoir une image initiale en vue de la surveillance ultérieure. Elle permet en outre de vérifier l'absence de signe de chondrocalcinose.
- Radiographie pulmonaire pour obtenir un cliché initial et vérifier que les anomalies cliniques sont bien en rapport avec des images de dilatation de bronches.

- Radiographie des genoux pour vérifier l'absence de pincement articulaire et l'absence de signes de chondrocalcinose.
- L'échographie et l'IRM pourraient être discutées.

QUESTION 4/6 :

Proposez-vous une biopsie synoviale pour étayer le diagnostic ? Pourquoi ?

Réponse attendue :

Non, la biopsie synoviale n'est pas nécessaire devant un tel tableau car sa valeur diagnostique (faible sensibilité et spécificité) est très faible pour un coût et une lourdeur élevée.

QUESTION 5/6 :

Après traitement par anti-inflammatoire non stéroïdien, Madame H. présente une élévation de la créatinémie à 110 micromoles alors qu'elle était à 80 auparavant. Quel mécanisme évoquez-vous ? Quels examens complémentaires conseillez-vous ? Quelle attitude thérapeutique pratique conseillez-vous ?

Réponse attendue :

- Insuffisance rénale aiguë (IRA) fonctionnelle d'origine iatrogène.
- Coprescription d'une association sartan-thiazidique et d'un AINS : les antagonistes des récepteurs de l'angiotensine empêchent la vasoconstriction de l'artère efférente du glomérule. Chez cette patiente sous ARA2, la pression intraglomérulaire est maintenue grâce à la vasodilatation de l'artère afférente. Les AINS inhibent la vasodilatation de l'artère afférente du glomérule : la pression intraglomérulaire chute, conduisant à la baisse du débit de filtration glomérulaire ; c'est l'insuffisance rénale aiguë. De plus, le diurétique thiazidique entraîne une hypovolémie majorant cette insuffisance rénale.
- Les examens complémentaires à réaliser sont :
 - ionogramme sanguin avec Na, K, Cl, HCO₃⁻, à la recherche d'une hyperkaliémie (et d'une acidose métabolique) ;
 - ECG en cas d'hyperkaliémie ;
 - bandelette urinaire : vérifier l'absence d'hématurie ou de protéinurie, qui orienteraient vers une cause organique surajoutée ;
 - échographie rénale de façon systématique devant une IRA : éliminer un obstacle, taille des reins.
- Arrêt des AINS : contre-indication si elle garde ce traitement antihypertenseur.
- Arrêt des ARA2 et du thiazidique : réévaluation de la nécessité du traitement. Quand la fonction rénale est rétablie, réintroduction ou remplacement par un inhibiteur calcique ou une association inhibiteur calcique-thiazidique (les bêtabloquants sont ici contre-indiqués).
- Surveillance de l'efficacité de ces mesures par ionogramme sanguin et créatininémie dans les 48 heures.

QUESTION 6/6 :

Grâce à vos conseils, tout se passe bien pendant dix ans sur le plan rénal. Mais vous avez eu du mal à contrôler l'inflammation qui a toujours persisté durant le suivi. Elle développe alors une insuffisance rénale plus franche et, cette fois-ci, compte tenu de la durée de l'inflammation, vous évoquez une amylose.

De quel type d'amylose peut-il s'agir ? Quels autres signes peuvent vous orienter ? Quels examens complémentaires proposez-vous ?

Réponse attendue :

On évoque ici une amylose AA, dite secondaire, devant l'antécédent de polyarthrite rhumatoïde (40 % des causes d'amylose AA). Les amyloses AA peuvent également être secondaires à des infections chroniques : ici antécédent de dilatation des bronches. À l'examen clinique, on recherchera une hépatomégalie, une splénomégalie. À l'interrogatoire, une diarrhée, un amaigrissement (localisation intestinale). La macroglossie est classiquement absente. L'atteinte cardiaque est rare et il n'y a pas de neuropathie périphérique dans l'amylose AA.

Les examens complémentaires à réaliser sont :

- ionogramme sanguin, urée, créatinine avec calcul de la clairance ;
- protidémie, albuminémie ;
- bandelette urinaire, protéinurie des 24 heures : abondante avec éventuellement syndrome néphrotique ;
- numération des éléments figurés des urines ;
- pour le diagnostic différentiel : sérologies des virus de l'hépatite B et de l'hépatite C, VIH, radiographie pulmonaire ;
- échographie rénale : gros reins ;
- échographie cardiaque : à la recherche d'une hypertrophie septale.

Preuve histologique :- biopsie des glandes salivaires, de la muqueuse rectale ou de la graisse abdominale, avec examen anatomopathologique : coloration de la substance amyloïde au rouge Congo et dichroïsme jaune-vert en lumière polarisée ;

- ponction-biopsie rénale : dépôts extracellulaires amorphes.

CAS CLINIQUE : CAS CLINIQUE N°9

Scénario :

Monsieur I., cinquante-trois ans, souffre depuis six mois d'une polyarthrite de début brutal aux genoux pour toucher ensuite successivement les deux poignets, les métacarpophalangiennes (prédominant sur les 2e et 3e rayons) et les chevilles. Les anti-inflammatoires non stéroïdiens sont peu efficaces et la polyarthrite reste douloureuse sous 15 mg de Cortancyl, avec une raideur matinale de deux heures et de nombreux réveils nocturnes.

Il s'agit d'un patient ayant une intoxication tabagique de 100 paquets-années. Il a été opéré, un an avant la polyarthrite, d'un carcinome épidermoïde du lobe supérieur droit. Le bilan d'extension était négatif et l'exérèse de la tumeur a été complète.

L'intervention s'est compliquée d'une embolie pulmonaire traitée par anticoagulants.

L'examen clinique montre la persistance de synovites des articulations douloureuses et un hippocratisme digital, sans autre élément d'orientation. La VS est à 59 mm à la première heure ; la CRP est à 30 mg/l ; la calcémie est normale ainsi que le bilan hépatique. L'examen du liquide synovial du genou montre 20 000 éléments/mm³ dont 90 % de polynucléaires, sans germe ni microcristaux. Les facteurs rhumatoïdes sont négatifs. Des anticorps antinucléaires sont présents à taux faible (1/160).

Des radiographies des mains et une radiographie pulmonaire sont réalisées (clichés ci-dessous).



QUESTION 1/8 : Quelles hypothèses diagnostiques envisagez-vous ? Justifiez.

Réponse attendue :

- Polyarthrite rhumatoïde devant le caractère chronique de l'atteinte polyarticulaire, à prédominance distale, avec une synovite depuis plus de six semaines et avec des lésions d'arthrite sur les radiographies des mains (pincement des interlignes radiocarpien et intracarpéens ; érosions des métacarpophalangiennes du II).
- Une autre connectivite devant des anticorps antinucléaires positifs. Cet élément n'élimine pas une polyarthrite rhumatoïde. Il n'y a pas d'élément d'orientation pour une connectivite, ni à l'interrogatoire ni à l'examen clinique (par exemple, signes extra-articulaires, en particulier cutané).
- Une polyarthrite paranéoplasique : mais l'atteinte articulaire est apparue après une exérèse complète d'une tumeur pulmonaire. La radiographie pulmonaire ne montre pas de récurrence. La radiographie des mains ne montre pas d'appositions périostées.
- Une chondrocalcinose articulaire. Il n'y a pas de microcristaux dans le liquide synovial du genou.
La radiographie des mains ne montre pas de calcifications des ligaments triangulaires des carpes.

QUESTION 2/8 :

Quels examens complémentaires demandez-vous pour avancer dans le diagnostic de cette polyarthrite ?

Réponse attendue :

Concernant le diagnostic de polyarthrite, on peut demander :

- une radiographie des avant-pieds à la recherche d'une érosion de la tête du 5^e métatarsien ;
- des anticorps anti-CCP.

Les examens complémentaires permettent par ailleurs d'éliminer une autre connectivite en recherchant de façon systématique, devant les anticorps antinucléaires positifs, la présence d'anti-ADN natif, d'anti-ENA (antigènes nucléaires solubles) et d'anti-cardiolipine, compte tenu de l'antécédent d'embolie pulmonaire.

QUESTION 3/8 :

Les examens complémentaires demandés sont normaux. Quelle prise en charge thérapeutique proposez-vous ?

Réponse attendue :

- Un traitement antalgique : repos, antalgiques de niveau II. Les morphiniques doivent être utilisés avec précaution compte tenu de l'atteinte pulmonaire.
- Un traitement de fond :
- Sont acceptés : *Arava* ou *Salazopyrine* ou méthotrexate.
- Les anti-TNF sont contre-indiqués en raison de la néoplasie récente.

La corticothérapie sera progressivement diminuée dès que le traitement institué sera efficace. Éventuellement, la corticothérapie sera remplacée par un AINS + IPP.

QUESTION 4/8 :

Comment envisagez-vous la surveillance de ce patient dans les six prochains mois ?

Réponse attendue :

- Surveillance de la tolérance du traitement de fond : biologie régulière, examen clinique.
- Surveillance clinique de l'efficacité du traitement de fond : durée de la raideur matinale, EVA de la douleur, échelle d'appréciation globale de l'activité du rhumatisme par le malade, nombre d'articulations douloureuses et gonflées (indice DAS).
- Surveillance de l'atteinte pulmonaire : examen clinique et radiographique du poumon dans six mois.
- Prévention de l'ostéoporose cortisonée chez cet homme prenant 15 mg de *Cortancyl* : densitométrie osseuse ; prescription d'un supplément vitaminocalcique et d'un bisphosphonate.

QUESTION 5/8 :

Le patient étant de plus en plus gêné par ses douleurs et limitations d'amplitude, vous décidez de lui prescrire de la kinésithérapie. Il a des difficultés croissantes à assumer ses tâches quotidiennes.

Quelles sont les deux grandes catégories de techniques antalgiques que peut employer le kinésithérapeute pour soulager ses douleurs ?

Réponse attendue :

Massage, physiothérapie (thermothérapie, électrothérapie, ultrasons).

QUESTION 6/8 :

Vous décidez de faire appel à un ergothérapeute libéral pour revoir l'organisation du domicile. Sous quelle condition financière pouvez-vous le faire intervenir ?

Réponse attendue :

Il faut que le patient puisse payer la prestation qui n'est pas remboursée par la sécurité sociale en libéral.

QUESTION 7/8 : Vous estimez que votre patient a besoin d'aides humaines à domicile et d'adaptations techniques de son domicile. À quel organisme départemental devez-vous adresser votre patient pour obtenir ces aides ?

Réponse attendue :

La maison départementale pour les personnes handicapées.

QUESTION 8/8 :

Vous constatez un enraidissement articulaire croissant à l'examen clinique. Par quelles techniques le kinésithérapeute pourra-t-il améliorer l'usage des membres supérieurs à court et long termes ?

Réponse attendue :

- Mobilisation passive et active à sec et dans l'eau (balnéothérapie).
- Renforcement des muscles péri-articulaires.
- Développement des compensations si nécessaire.
- Éducation à l'économie articulaire.