

POLYARTHRITE RHUMATOÏDE :

**Savoir la détecter
dès les 1^{ers} symptômes**

Entre 0,3 et 0,5 % de la population adulte touchée ^{1,2}

La **Polyarthrite Rhumatoïde (PR)** est une pathologie auto-immune fréquente, touchant principalement les **femmes** entre 40 et 60 ans. Elle fait partie de la famille des **Rhumatismes Inflammatoires Chroniques**, composée de spondylarthropathies et de maladies auto-immunes systémiques, qui affectent **près d'1 million** de personnes en France.

La PR évolue par **poussées** successives entrecoupées de périodes de rémission. Elle est liée à une **inflammation** de la membrane synoviale des articulations des membres. La PR est dite **multifactorielle** car elle associe des facteurs génétiques et environnementaux, en particulier le **tabac**, principal facteur aggravant, surtout chez les patients avec des anticorps **anti-CCP positifs**.

Cette pathologie constitue un problème de santé publique: **50%** des malades arrêtent leur activité professionnelle moins de 5 ans après le début, le risque de **mortalité cardiovasculaire** est augmenté d'environ **50%** par rapport à la population générale.³

Devant quels signes y penser ?

Le diagnostic de PR doit être **évoqué** devant certains signes cliniques

LES SIGNES CLINIQUES ÉVOCATEURS


- + Gonflement articulaire sur 2 articulations au moins
- + Raideur matinale > 30 minutes (dérouillage)
- + Douleur à la pression transverse des mains ou des avant-pieds (« squeeze-test »)

Le diagnostic de PR doit être **confirmé** par des examens biologiques et d'imagerie (radiographies ± échographies), après avoir éliminé les diagnostics différentiels.

Les critères les plus pertinents pour classer une PR sont ceux de l'ACR/EULAR 2010.⁴

CRITÈRES DE CLASSIFICATION SELON ACR/EULAR 2010

• Atteinte articulaire (0-5)		FR fortement positif (> 3 x normale)	3
1 grosse articulation	0	ou ACPA fortement positif (> 3 x normale)	
2-10 grosses articulations	1	• Durée des symptômes (0-1)	
1-3 petites articulations	2	< 6 semaines	0
(grosses articulations non comptées)		≥ 6 semaines	1
4-10 petites articulations	3	• Biologie inflammatoire (0-1)	
(grosses articulations non comptées)		CRP normale et VS normale	0
> 10 articulations	5	CRP anormale ou VS anormale	1
(au moins 1 petite articulation)		PR : SCORE ≥ 6	
• Sérologie (0-3)			
FR négatif ET ACPA négatif	0		
FR faiblement positif (1 à 3 x normale)	2		
ou ACPA faiblement positif (1 à 3 x normale)			



Un traitement instauré rapidement
donne de meilleurs résultats.

**Un diagnostic précoce
améliore le pronostic.**

Comment diagnostiquer ?

Suspicion
d'une PR

Signes cliniques évocateurs

Prescription par le médecin spécialiste ou non
DÈS LA 1^{ère} CONSULTATION

Tests à effectuer

Diagnostic différentiel

- + Crise de goutte
- + Polyarthrite virale (Sérologie infectieuse)
- + Connectivite, syndrome de Sjögren
- + Rhumatisme psoriasique
- + ...

Biologie

- + Dosage des ACPA (Anticorps anti-Protéines Citrullinées)
- + Facteur Rhumatoïde IgM
- + Vitesse de Sédimentation et Protéine C-réactive
- + Ac anti-nucléaires, anti-SSA
- + NFS, numération plaquettaire
- + Transaminases, créatinémie
- + Bandelette urinaire

Imagerie

Radiographies
+
Échographies

Prise en charge
du patient

Mise en place du traitement
par un Rhumatologue

Les Tests Biologiques : ce qu'il faut retenir

- + Les principaux tests de biologie sont intégralement pris en charge par la Sécurité Sociale.
- + Le suivi des auto-anticorps (ACPA et FR) n'est pas utile.
- + La technique de dosage des FR est importante : depuis 2006, la HAS recommande de ne plus utiliser des tests d'agglutination au profit de techniques ELISA ou turbi/néphélométriques.
- + Les FR ne sont pas spécifiques d'une PR, ils peuvent apparaître en cas d'inflammation immunologique ou infectieuse. Ils sont également présents chez des sujets sains, leur prévalence augmentant avec l'âge.
- + Les ACPA (ou anti-CCP) sont positifs chez 70% de patients atteints de PR.

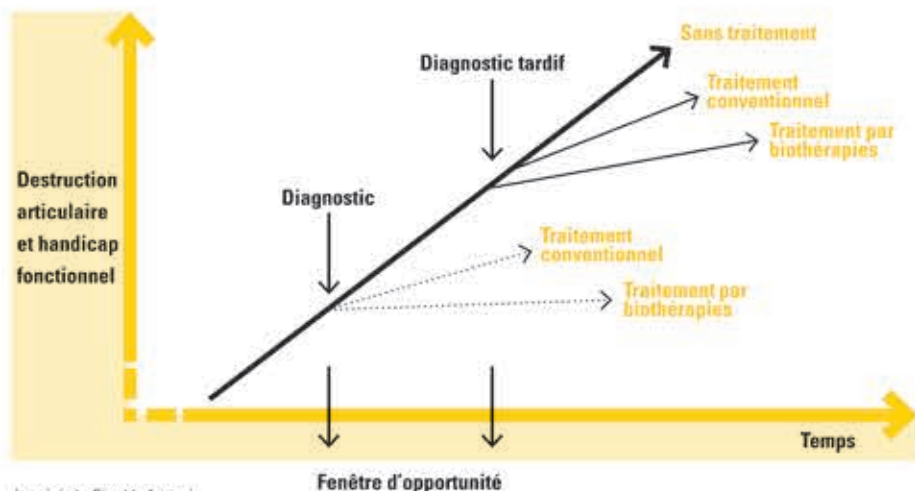
Détecter tôt pour mieux soigner

+ La PR est une affection chronique qui, **sans traitement, aboutit progressivement le plus souvent à une destruction articulaire et un handicap fonctionnel**. Seule la mise en place rapide des thérapies adéquates permet d'obtenir **une rémission chez 30 à 50 % des PR débutantes** avant le stade de destructions articulaires.⁵⁻⁶

+ **Un diagnostic précoce et une meilleure prise en charge** de la maladie ont permis de réduire de moitié le handicap et l'altération de la qualité de vie des patients en 20 ans.⁷

Objectif « Rémission » : les 3 concepts

1. Traiter Tôt: fenêtre d'opportunité thérapeutique à 3-4 mois



Inspiré de Finckh A et al.,
Arthritis Rheum 2006; 55(6): 864 - 872

2. Treat To Target: stratégie thérapeutique ciblée avec un objectif clairement défini pour obtenir la rémission ou au moins une faible activité de la maladie.

Haraoui B, Smolen JS, Aletaha D, et al. Treating Rheumatoid Arthritis to Target: multinational recommendations assessment questionnaire. *Ann Rheum Dis* 2011; 70: 1999 - 2002.

3. Tight Control: suivi régulier et rapproché avec adaptations thérapeutiques fréquentes tant que l'objectif n'est pas atteint.

Knevel R, Schoels M, Huizinga TWJ, et al. Current evidence for a strategic approach to the management of rheumatoid arthritis with disease-modifying antirheumatic drugs: a systematic literature review informing the EULAR recommendations for the management of rheumatoid arthritis. *Ann Rheum Dis* 2010; 69: 987 - 94.

Cette brochure vous est envoyée par :



En partenariat avec Thermo Fisher Scientific

Polyarthrite Rhumatoïde : Un diagnostic précoce pour une meilleure prise en charge.

Pour en savoir plus

1. Guillemin F, Saraux A, Guggenbuhl P, et al. Prevalence of rheumatoid arthritis in France: 2001. *Ann Rheum Dis*, 64 (2005), pp. 1427 - 1430.
2. Helmick CG, Felson DT, Lawrence RC, et al. Estimates of the prevalence of arthritis and other rheumatic conditions in the United States. Part I. *Arthritis Rheum*. 2008 Jan; 58(1):15 - 25.
3. Avina-Zubieta JA1, Thomas J, Sadatsafavi M, et al. Risk of incident cardiovascular events in patients with rheumatoid arthritis: a meta-analysis of observational studies. *Ann Rheum Dis*. 2012 Sep; 71(9): 1524 - 9.
4. Aletaha D, Neogi T, Silman AJ et al. 2010 Rheumatoid Arthritis Classification Criteria. *Arthritis Rheum* 2010; 62: 2569 - 81.
5. Breedveld FC, Weisman MH, Kavanaugh AF, et al. The PREMIER study: A multicenter, randomized, double-blind clinical trial of combination therapy with adalimumab plus methotrexate versus methotrexate alone or adalimumab alone in patients with early, aggressive rheumatoid arthritis who had not had previous methotrexate treatment. *Arthritis Rheum* 2006; 54: 26 - 37.
6. St Clair EW, Van der Heijde DM, Smolen JS, et al. Combination of infliximab and methotrexate therapy for early rheumatoid arthritis: a randomized, controlled trial. *Arthritis Rheum* 2004; 50: 3432 - 43.
7. Overman CL, Jurgens MS, Bossema ER, et al. Patients with rheumatoid arthritis nowadays are less psychologically distressed and physically disabled than patients two decades ago. *Arthritis Care & Research* 2013.