

Polyarthrite rhumatoïde

DR GUERBOUKHA

**Service de rhumatologie
CHU BENIMESSOUSS**

Introduction

Décrise en 1800 par A. Landré Beauvais; la polyarthrite rhumatoïde(PR) est définie comme une inflammation chronique de la membrane synoviale articulaire, entraînant progressivement une destruction de l'os et du cartilage.

- La PR est également considérée comme une maladie systémique, responsable de manifestations extra articulaires.
- Problème de santé publique.

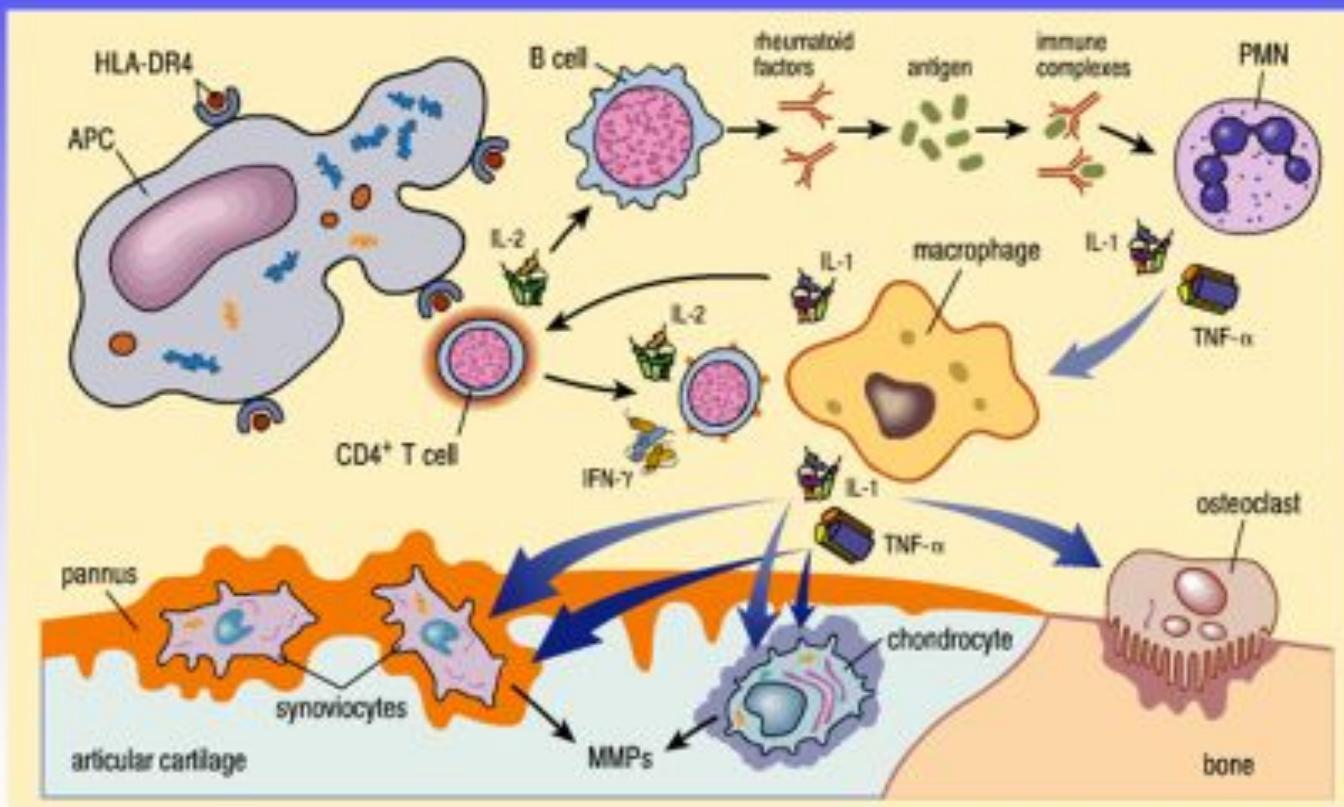
Epidémiologie

- Plus fréquent rhumatisme inflammatoire chronique.
- Elle survient entre 35 et 55 ans,
- Prédominance féminine,
- 2 à 3 fois plus fréquente chez les parents de sujets atteints
- Incidence : 0,3 à 0,8 %.

Etiologie Affection polyfactorielle

- Facteurs psychologiques
- Facteurs hormonaux
- Facteurs environnementaux (EBV..)
- Facteurs génétiques (HLA DRB1,DR4)
- Facteurs immunologiques: nombreux

Physiopathologie de la PR



Diagnostic



PR : phase de début



PR : phase d'état

Diagnostic de la polyarthrite rhumatoïde à la phase de début

Interrogatoire

- Facteur déclenchant
- Mode de début (progressif , insidieux)
- Le type de la douleur (inflammatoire, maximum le matin, enraissement matinal)
- Rechercher les signes d'accompagnement

Facteurs d'accompagnement

- **Signes cutanés, aphtose, troubles oculaires, signes génito-urinaires, dorso-lombalgie, talalgie, infection rhinopharyngée, prise médicamenteuse, transfusion sanguine syndrome sec, syndrome de Raynaud,**
- **Certains de ces signes s'inscrivent contre le diagnostic de PR(aphtose..); d'autres font partie des manifestations extra-articulaires de la PR (raynaud..)**

L'examen clinique

Discrète
synovite
des MCP
2° et 3° IPP
des poignets,
Aspect de
doigts en fuseau

un œdème
de l'avant pied
Peut être observé



Des ténosynovites sont fréquentes : très évocatrices



L'examen clinique

- Ténosynovite des extenseurs des doigts
- Ténosynovite des fléchisseurs des doigts
- Ténosynovite du cubital postérieur

**L'association de signes
articulaires
inflammatoires
à une Ténosynovite
du poignet
et de la main
est très
évacatrice
de PR**

Signes généraux

- l'asthénie est fréquente,
- Amaigrissement, une fébricule, possibles.
- L'examen général : est pauvre ce qui est un argument pour le diagnostic de polyarthrite rhumatoïde

Principaux modes de début

- oligoarthrite distale 70%
- polyarthrite aiguë fébrile 20% ,avec altération de l'état général
- L'atteinte rhizomélique inaugurale 5 %
- La Mono arthrite aiguë ou chronique

Principaux modes de début

- **Poly arthralgies chroniques**
- « rhumatisme palindromique »
- **Les manifestations extrarticulaires isolées.**
- **Formes à début biologique pure (FR rhumatoïde, Ac anti CCP)**

Explorations complémentaires

- VS, CRP , FNS , Électrophorèse des protéines , Transaminases , FR, anticorps Anti CCP, AAN, liquide synovial.
- RX, échographie des mains, image par résonance magnétique (IRM).

Biologie

- **Syndrome inflammatoire non spécifique**
- VS accélérée, CRP positive
- Augmentation, des alpha 2 globulines,
- Une hyper gamma globulinémie,
- Augmentation du Fibrinogène

Biologie

- Une **anémie inflammatoire**,
- une hyperplaquettose,
- une hyperleucocytose ou
- une leucopénie.

Le facteur rhumatoïde

- **Test au Latex** positif si le titre est supérieur ou égale à **1/80**
- **Réaction de Waaler rose** positive si le titre est supérieur ou égale à **1/64**
- **Néphéломétrie laser** positif si il est supérieur à **15 UI**

- Le Facteur rhumatoïde se positive dans 50% des cas après 6 mois et dans 80% des cas après 1 an d'évolution

Autres anomalies immunologiques intéressantes pour un Dc précoce

- Les Ac anti-peptides citrullinés (**Ac Anti CCP**) antikératine – Ac antifillagrine **ELISA**, très spécifiques de la PR .
- Les AAN peuvent être positifs mais à un taux faible

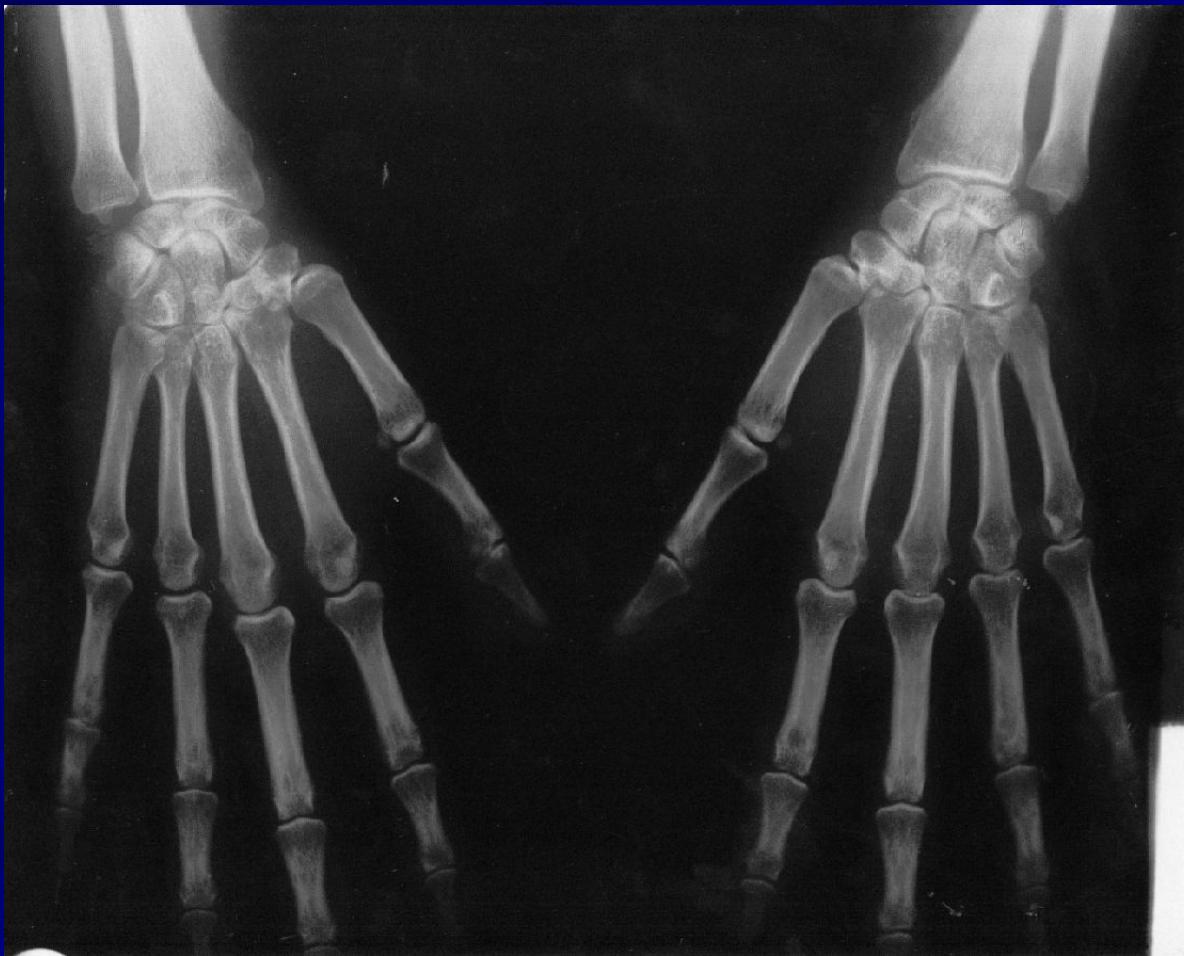
Étude du liquide synovial

- Type inflammatoire: sup. à 2000 cell/mm³
- Riche en protéine et polynucléaires non altérés
- Diminution du+++ complément C4
- le FR est parfois positif
- recherche de microcristaux, étude bactériologique, négatives au cours de la PR.

Quels radiographies demander à ce stade?

- Rx des mains et poignets
- Rx des articulations douloureuses
- Rx des avant pieds
- Radiographie du bassin de face
- Radiographie du thorax.

Déminéralisation en bande



Érosion de la tête du 5ème métatarsien



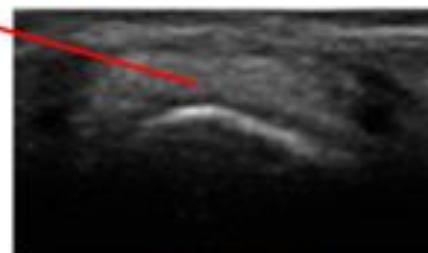
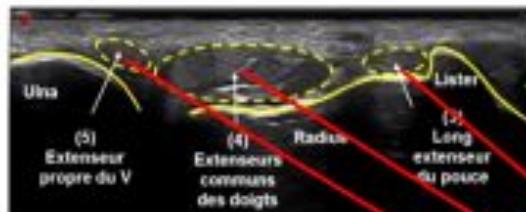
Nouvelles techniques d'imagerie ostéoarticulaires

- **Échographie des mains, image par résonance magnétique (IRM).**
Actuellement en plein développement pour améliorer le diagnostic et le suivi de la PR
- **IRM, examen coûteux**

Echographie

6

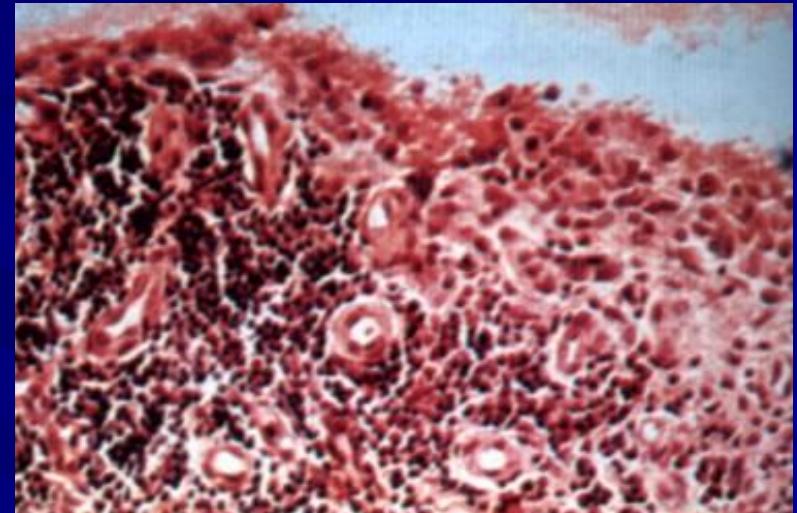
Repérage sur une coupe axiale dorsale du tubercule de Lister et des six compartiments dorsaux du poignet



Biopsie de synoviale

(Utile en cas de mono arthrite isolée du genou)

- Une multiplication,
- une hypertrophie des franges synoviales
(pannus synovial)
- Une hyperplasie de la couche bordante des synoviocytes
- Une néoangiogénèse
- Infiltration synoviale lymphoplasmocytaire à prédominance péri vasculaire
- Présence de foyers de nécrose fibrinoïde



Critères de classification de la PR (ACR1987)

Quatre des 7 critères doivent être présents pour porter le diagnostic de PR

- Raideur matinale > 1 heure
- Atteinte d'au moins 3 territoires articulaires
- Arthrite des articulations des mains (MCP, IPP) et poignets
- Atteinte symétrique
- Présence de nodules rhumatoïdes
- Facteur rhumatoïde positif
- Présence de signes radiologiques

Polyarthrite Rhumatoïde à la phase d'état

- **Déformations caractéristiques**
- **Manifestations articulaires**
- **Manifestations extra articulaires.**
- **30% des patients n'ont pas de déformations ni de lésions radiologiques .**

PR phase d' état

**Les
manifestations
articulaires
prédominent
aux mains (90%)**

**La déviation
cubitale
des doigts
est la plus
caractéristique**



Déformation des doigts

- Doigts en maillets
- Doigts en boutonnière
(Flexion de l'IPP,
hyperextension
de l'IPD)



29 3 2008

Déformation des doigts en col de cygne

(Extension IPP et
Flexion de l'IPD)



Déformation du pouce en Z

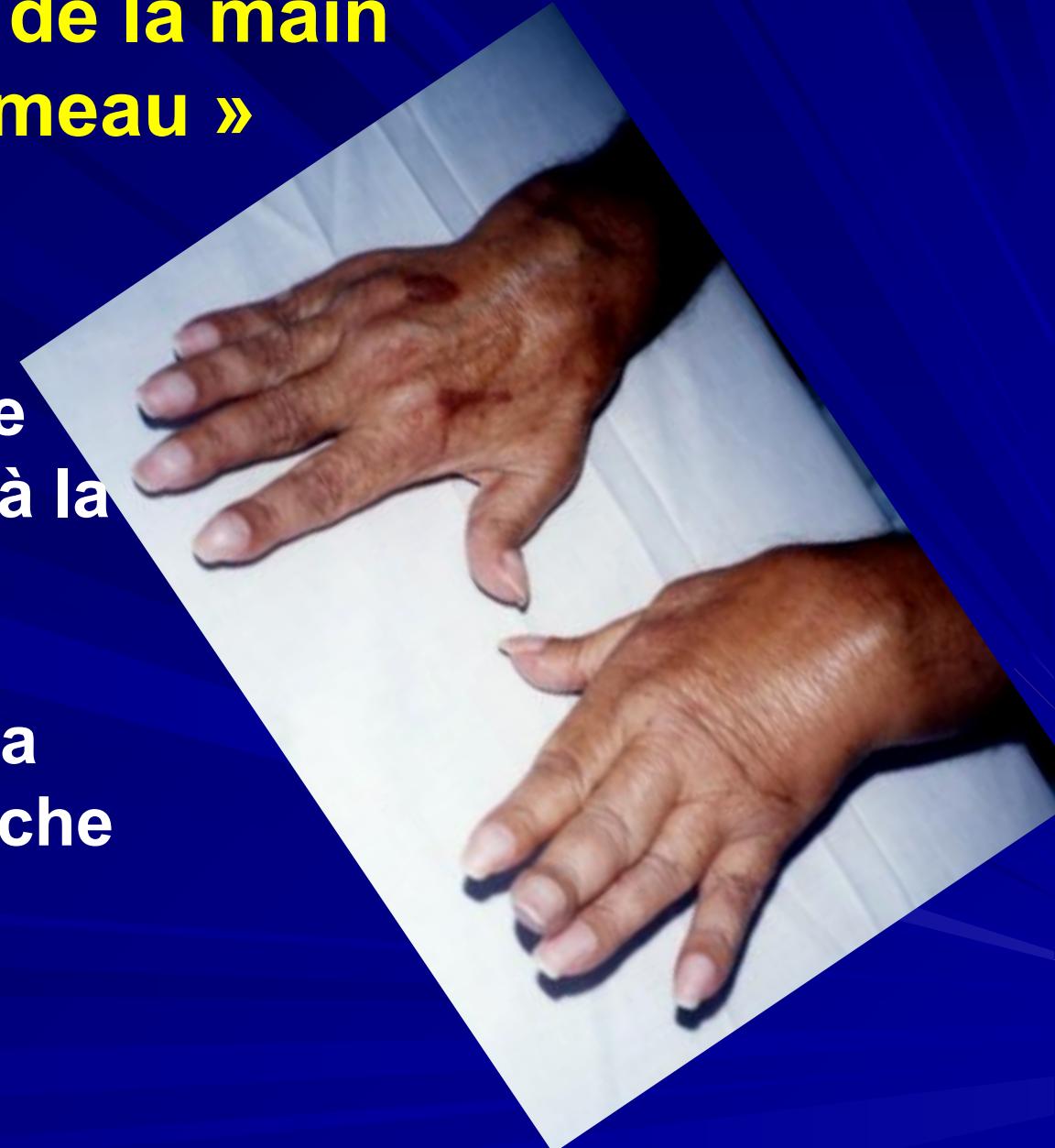
Déformation du pouce en adduction



**De profil aspect de la main
« en dos de chameau »**

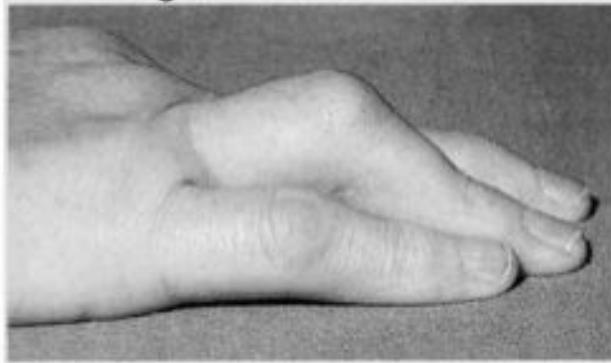
**Arthrite radio cubitale
inférieure avec gêne à la
supination**

**Luxation dorsale de la
tête cubitale « en touche
de piano »**

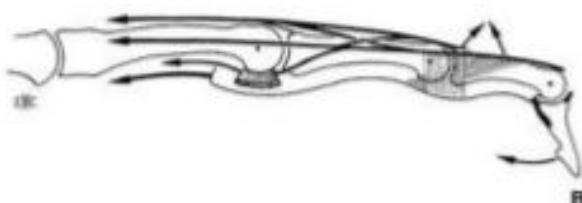


- **Déformation en « col de cygne »** : 14-30% - Touche préférentiellement les 2èmes et 3èmes doigts. - Hyperextension de l'IPP et flexion de l'IPD - Favorisée par le flessum du poignet. - Les mouvements de préhension deviennent impossibles. - Gêne fonctionnelle ++.
- **Déformation en « boutonnière »** : 36-64% - Touche préférentiellement les 4èmes et 5èmes doigts. - Flexion progressive de l'IPP, puis hyperextension de l'IPD. - Secondaire à une arthrite de l'IPP. - Gêne fonctionnelle modérée (pince termino-terminale possible).
- **Déformation du doigt en « maillet »** : 5% - Flexion permanente de l'IPD. - Due à la rupture de l'extenseur sur la base de la 3ème phalange.
- **Pouce en « Z »** : 59% - Arthrite MCP (avec flexion) + hyperextension IP. - Gêne les mouvements d'opposition du pouce et les pinces pollici-digitales.

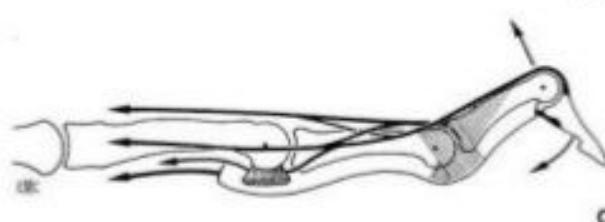
Doigt en boutonnière



Doigt en col de signe



Doigt en maillet



Doigt en col de signe



Doigt en boutonnière

Atteinte des pieds (90%)



**Avant pied triangulaire
Polyarthrite rhumatoïde évoluée**

Atteinte des pieds

- Atteinte MTP,
 - Subluxation MTP
 - Hallux Valgus
 - Effondrement de l'arche plantaire
-
- Orteils en marteau ou en griffe
 - Atteinte méiotarsienne ou tibiotarsienne



Atteinte des grosses articulations des membres

- **Genoux**

L'atteinte des genoux s'observe dans près de 60%, l'examen clinique doit rechercher un kyste du creux poplité.

(problème de diagnostic différentiel avec la phlébite)

- Coudes, épaules, hanches, atteinte des temporo-maxillaires,
- Atteinte manubrio-sternale , sterno-claviculaire , crico-arythénoidienne
- Atteinte du rachis cervical : atteinte clinique (60%)
luxation C1 - C2 (30%)
- Atteintes rares : IPD, sacro-iliaques

**La polyarthrite rhumatoïde épargne
le rachis dorsal et le rachis
lombaire**

Ténosynovites

- Constantes
- Exposent au risque de rupture tendineuse



Ténosynovites

- Touchent les extenseurs des doigts, le cubital postérieur, les fléchisseurs des doigts (syndrome du canal carpien)
- Les péroniers latéraux, Jambier postérieur, ténosynovite des extenseurs des orteils

Manifestations extra-articulaires

- **Signes généraux**
asthénie, fébricule,
amaigrissement.
- **Nodules
rhumatoïdes**
(10 – 30 %)



Manifestations pleuro pulmonaires

- **pleurésie , fibrose interstitielle diffuse , nodule rhumatoïde, fréquentes au cours des polyarthrites rhumatoïdes séropositives , masculines**

- **Syndrome sec occulo-buccal**

Goujerot – sjogren, celui-ci s'y associe dans près de (20 – 25 %)

- **Atteintes cardio vasculaires**

- La **péricardite** est la manifestation la plus fréquente.

Lésions myocardiques , valvulaires (rares) ;une **vascularite rhumatoïde grave**.

Ulcère de jambe au cours d'une polyarthrite rhumatoïde sévère avec vascularite



Manifestations neurologiques

- **Syndromes canalaire**
(ex : canal carpien)
- **Neuropathies périphériques
sensitivomotrices**
- **Compression médullaire
(atteinte C1 – C2)**

- **Manifestations ophtalmologiques**
**Kérato-conjonctivite sèche
(xérophthalmie)**
**Sclérite voire scléromalacie perforante
(observée en cas de vascularite)**
- **Manifestations musculaires**
Amyotrophie, Myosite

Manifestations cutanées

«Livédo réticularis »

*Erythème vermillon
des paumes..



- **Manifestations rénales**
(protéinurie, hématurie, leucocyturie ,
syndrome néphrotique , amylose)
- **Manifestations hématologiques**
Adénopathies (30 à 70%)
Splénomégalie réalisant le
syndrome de Felty =
PR + leuco neutropénie + splénomégalie

Examens complémentaires

- VS accélérée, CRP+, anémie de type inflammatoire.
- Facteur rhumatoïde positif 70 à 80 % (IGM + +)
- Ac Anti CCP+, Ac (ANCA) +
- Le dosage du complément (intérêt si vascularite).

Imagerie

Déminéralisation en bande, pincement radio carpien et inter carpien Carpite fusionnante

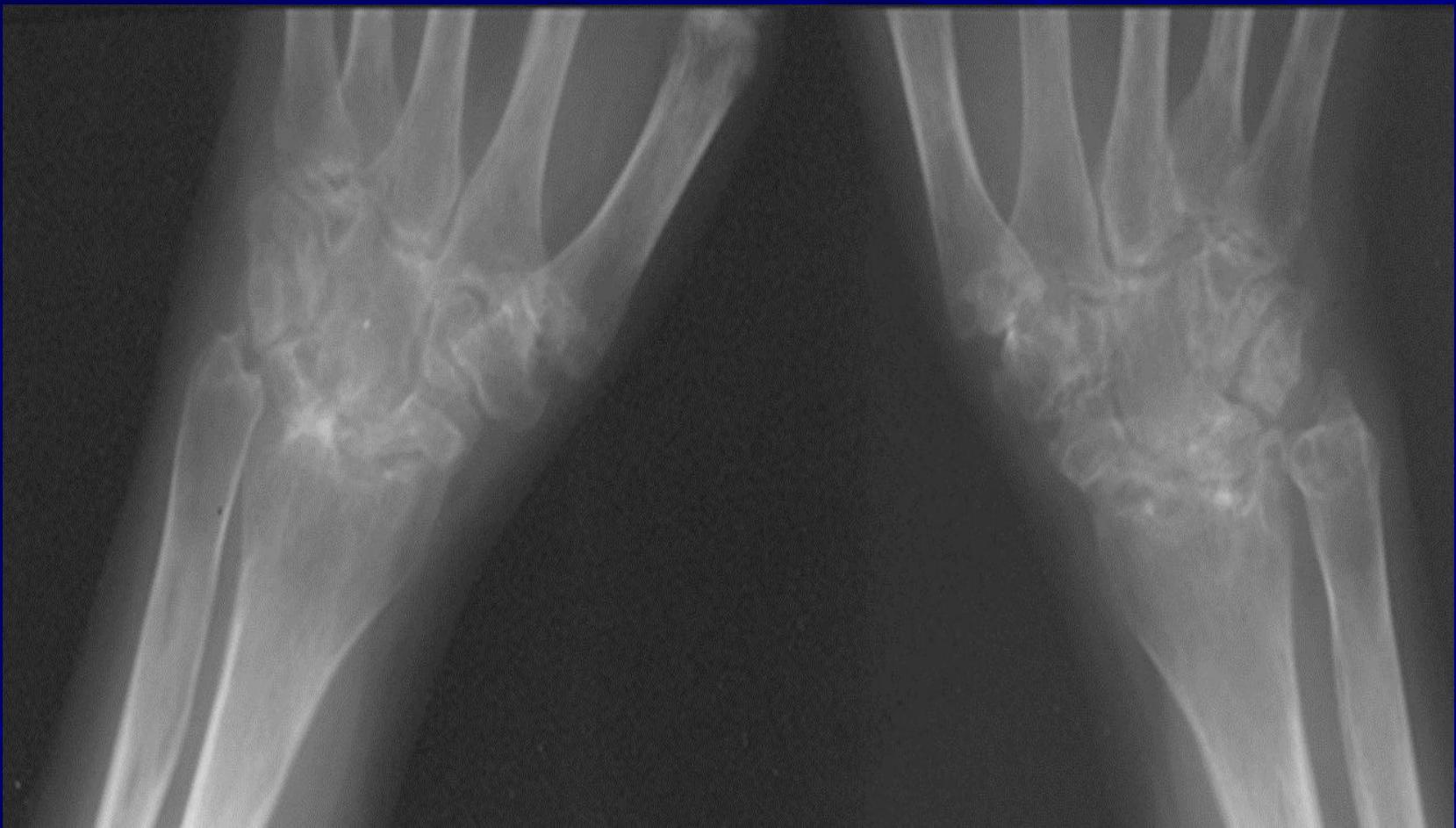


**Érosions ostéocartilagineuses
géodes sans lésions de
reconstruction**

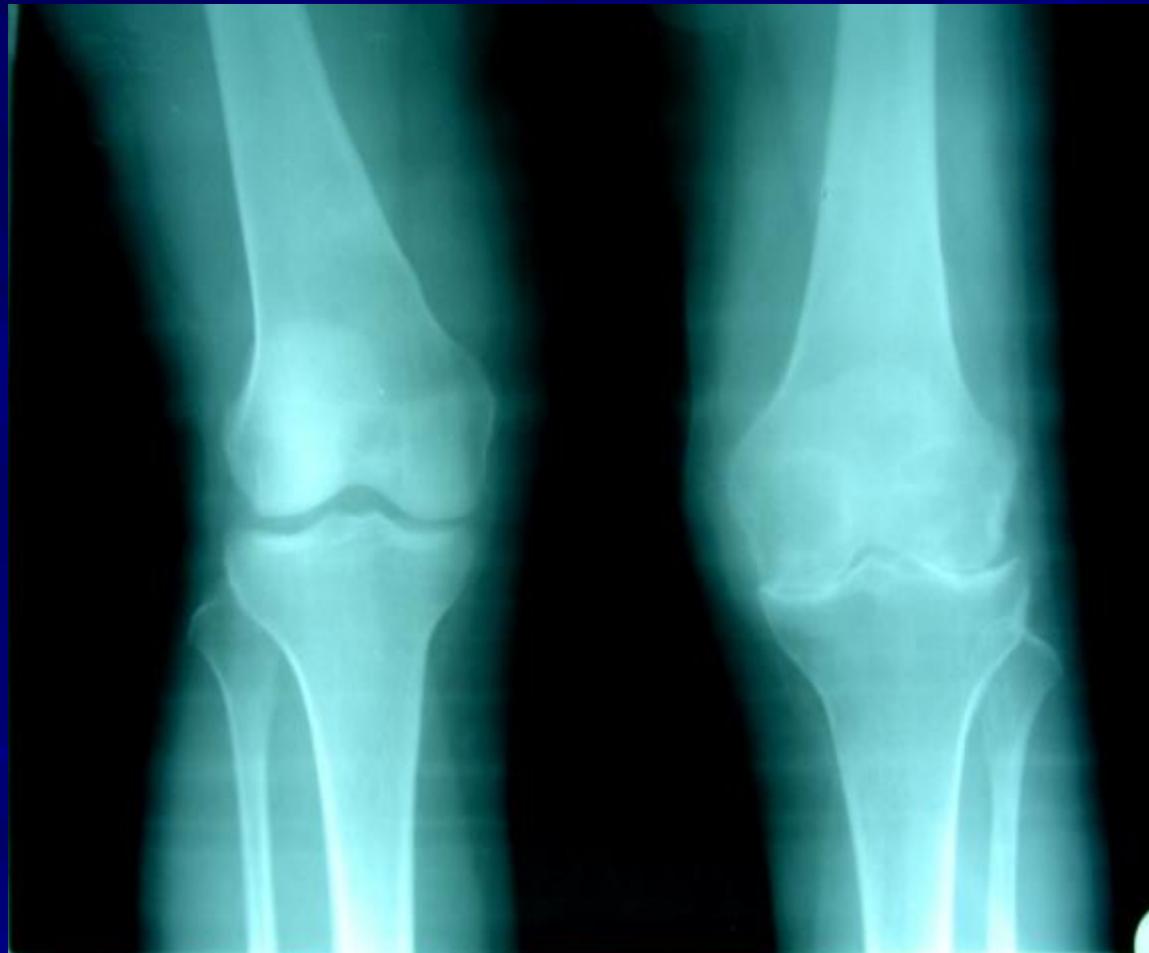
**Luxation secondaire aux
lésions destructrices**







RX genoux de face PR évoluée



Luxation atlido-axoidienne au cours d'une polyarthrite rhumatoïde





29

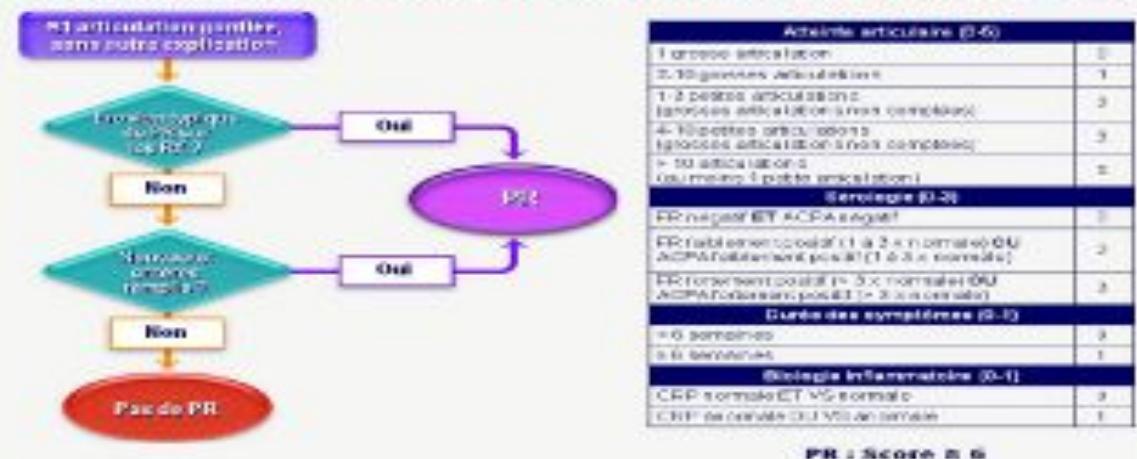
Coxite rhumatoïde
déménéralisation
osseuse diffuse,
disparition totale
de l'interligne
articulaire,
érosions
ostéo-cartilagineuses.



Diagnostic positif : consensus international

- 1ère étape : reconnaître un rhumatisme inflammatoire débutant pouvant correspondre à une PR. (=PR « possible »), arguments cliniques: 2 articulations gonflées + dérouillage matinal de plus de 30 min sur les articulations périphériques → douleur à la pression transverse des MTP et des MCP (squeeze test).
- 2ème étape : diagnostic différentiel
- 3ème étape : facteurs prédictifs de sévérité

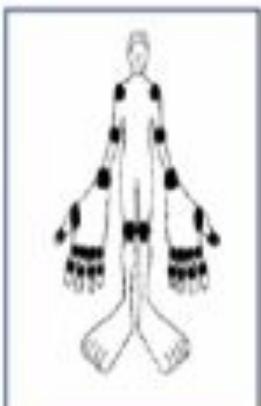
Nouveaux critères ACR / EULAR 2009 pour la classification et le diagnostic de PR débutante



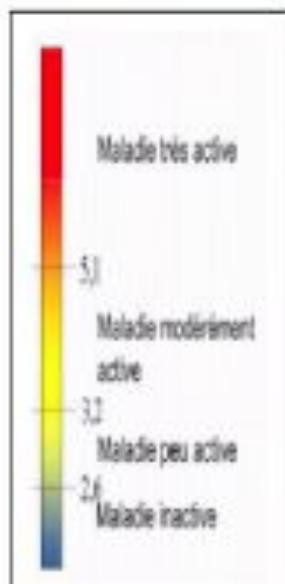
EVALUATION DE LA PR

DAS 28

$$\text{DAS 28} = 0,55 \times \sqrt{\text{(indice articulaire)}} + 0,284 \times \sqrt{\text{(synovites)}} + 0,33 \times \log(\text{VS}) + 0,0142 \times (\text{EVA appréciation globale du patient})$$



Les 28 articulations du DAS 28



Réponse au traitement:

- Amélioration > 1.2 : bonne réponse.
- Amélioration entre 0.6 et 1.2 : réponse modérée.
- Amélioration < 0.6 : pas de réponse

ACR

ACR 20 (même principe pour l'ACR 50, 70, N)

- 20% d'amélioration du nombre d'articulations douloureuses

ET

- 20% d'amélioration du nombre d'articulations gonflées

ET

- Au moins 20% d'amélioration de 3 des 5 critères :

- * EVA douleur
- * EVA appréciation globale du patient
- * EVA appréciation globale du médecin
- * auto appréciation du handicap par le malade
- * paramètres inflammatoires (VS ou CRP)

Diagnostic différentiel

Polyarthrite rhumatoïde au stade de début

- **Devant une mono arthrite**
l'infection et l'arthrite métabolique
- **Une polyarthrite aiguë fébrile**
Polyarthrite virale, streptococcique,
staphylococcique, gonococcique,
endocardite..

Les spondylarthropathies

- SPA idiopathique
- Crohn
- Arthrite réactionnelle
- Rectocolite –ulcéro-hémorragique
- Rhumatisme psoriasique .

- **Les connectivites** : LES, Goujerot – Sjogren , sclérodermie , dermatomyosite , connectivite mixte, maladie de Still de l'adulte ;
- **périartérite noueuse .**
- **Goutte ; chondrocalcinose articulaire**
- **Maladie de Whipple, SAPHO**
- **Purpura rhumatoïde de l'adulte**
- **Rhumatismes intermittents**

Diagnostic différentiel

- Rhumatismes paranéoplasiques
- Maladie de Behcet, fibromyalgie
- Autres diagnostic : polyarthrite sarcoidosique , arthrose , PPR, RS3PE

Diagnostic différentiel d'une PR à sa phase d'état

- **Rhumatisme de Jaccoud (séquelles d'une maladie lupique, d'un RAA)**
- **Main dite en « escalier » : maladie de Parkinson**
- **Réticulohistiocytose multicentrique (nodules ++)**

Évolution de la polyarthrite rhumatoïde

- L'évolution de la PR est très variable.
- 25 à 30 %, peu de conséquences cliniques.
- D'autres formes, sont sévères.
- Dans 15 % une PR = rémission
- 75 % des PR : rémission au cours de la grossesse.

Traitemen^t de la polyarthrite rhumatoïde

Traitements symptomatiques

- **Antalgiques**

Paracétamol cp 500 mg 2 à 3 gr / j

Paracétamol et dextropropoxifene

Traitements symptomatiques (AINS)

- **Diclofénac** (50 à 150 mg/j)
- **Kétoprofène** (100 à 200mg/j)
- **Piroxicam** (20 mg/j) ,indométacine ...
Effets secondaires (digestifs ...)
- **Célecoxib** (celebrex,200 à 400 mg/j)
(à éviter si HTA, diabète, cardiopathie)

La corticothérapie

- **Prédnisone ou équivalent (per os) à faible dose (5 à 15 mg/j)**
- **Corticothérapie en IV Assaut ou de bolus (Solumédrol amp inj).**

Traitements de fond

- Méthotrexate
- Léflunomide
- Antipaludéens de synthèse
- Sulfasalazine (SLZ)
- Chrysothérapie (sels d'or)
- Dérivés thiolés
- Immunosuppresseurs
- Biothérapies

Méthotrexate, TRT de référence de la PR

- Antimétabolite : blocage de la synthèse des purines.
- Per os ou IM
- Ledertréxate® (IM) amp 5 mg
- Méthotrexate® Novatrex® cp à 2,5mg
- Posologie : 7,5 à 15 mg / semaine
- Associer de l'acide folique:
5mg/semaine

Contre- indications

- Hépatopathies chroniques.
- Affections respiratoires
- Insuffisance rénale
- États infectieux
- Anomalies hématologiques, grossesse
- association avec le Bactrim et aspirine...

Surveillance

- Hématologique risque de cytopénie.
- En cas de toux ou de dyspnée arrêt du traitement.
- Effets indésirables :
Troubles digestifs, hématologiques,
infections, pneumopathie
d'hypersensibilité ++.

Léflunomide

- comprimés à 100 mg, 20 mg et 10 mg
- Posologie 100 mg / j pendant 3 j puis
20 mg / j les jours suivants.
Ou 20 mg/j à partir du 1^{er} jour

Contre indications

- Grossesse,
- allaitement,
- hypersensibilité au produit,
- insuffisance hépatique,
- insuffisance rénale,
- infections graves,
- sujet moins de 18 ans,
- anémie, leucopénie, thrombopénie.

Léflunomide

Effets secondaires

- Troubles digestifs, hépatiques,
- HTA,
- Rashs cutanés,
- Infections diverses (voies respiratoires)
- Hématologiques.

Anti-paludéens de synthèses

- **Sulfate d'hydroxychloroquine, Plaquenil cp à 200mg**
- **Sulfate de chloroquine, Nivaquine cp à 100mg**
- **Posologie**
400 à 600mg pour le Plaquenil
200 à 300mg pour la nivaquine

Surveillance

- **Examen ophtalmologique avec fond d'œil et champ visuel avec visions des couleurs et un électrorétinogramme (ERG).**

Sulfasalazine

- Cp à 500 mg
- Posologie progressive :
1 cp / j pendant 1ère semaine,
2 cp / j la 2ème semaine,
3 cp / j la 3ème semaine puis
4 cp / Jla 4ème semaine

Contre indications

- Hypersensibilité aux sulfamides ou aux salicylés
- Déficit en G6PD

- **Effets indésirables**

Troubles digestifs, cutanés, leucopénie, thrombopénie, réaction d'hyper sensibilité, hépatite (rare).

- **Surveillance : clinique et biologique**

Sels d'or de moins en moins utilisés actuellement

- **Allocrysine inj IM**
Amp de 25 mg, 50 mg, 100 mg
- **Injection IM hebdomadaire de 50 mg pendant 2 semaines puis 100 mg / semaine pour atteindre une dose totale de 1.2 à 1.5 g.**
- **Traitement d'entretien 0.10 g tous les 21 jours ou tous les mois.**

Contre indications

- Néphropathies
- Troubles de la crase sanguine
- Dermatose évolutive
- Grossesse et allaitement
- Maladie lupique.

Surveillance et effets indésirables

- Hémogramme + plaquettes tous les mois
Protéinurie avant chaque injection.
- Stomatite, prurit, lésions érythémateuses, érythrodermie
- Protéinurie, syndrome néphrotique
- Leucopénie, thrombopénie
- Bronchiolites oblitérantes
- Hépatites : rarement.

Dérivés thiolés, très peu utilisés actuellement

- **D-pénicillamine** : Trolovol * cp à 300 mg
dose progressive : 300 à 600mg
- **Tiopronine** : Acadione* cp à 250 mg
Posologie 1 gr / j en seule prise

Effets secondaires :

- Cutanés, digestifs, rénaux (protéinurie syndrome néphrotique)
- Maladies auto-immunes ...

Les immunodépresseurs

- **Cyclophosphamide (Endoxan)** cp à 50 mg ou bolus mensuel
Risque d'induction d'hémopathies et d'infections.
- **Chlorambucil : chloraminofène*** cp à 2 mg
- **L'azathioprine : Imurel *** cp à 50 mg
Risque d'accidents infectieux sévères à germes opportunistes , Risque oncogène.

Les immunodépresseurs

Ciclosporine A : Sandimmun * et
Néoral * , très peu utilisée.

Indication : formes sévères de la PR
réfractaires.

Effets secondaires :

Néphrotoxicité, HTA, hypertrophie
gingivale, hypertrichose...

Anticorps monoclonaux anti - TNF α

INfliximab Remicade	Perfusion IV 2 à 3 mg / kg en 2 heures, répétées à la 2^{ème} 6^{ème}, toutes les 8 semaines.	Effets secondaires Céphalées, fièvre, Modifications tensionnelles, Bronchospasme, Urticaire, Réaction locale, Infections sévères, Tuberculose
Adalimumab Humira	40mg toutes les semaines en sous cutanée.	Infections++ Eruption aux points d'injection
Etanercept Enbrel	Voie sous cutané à raison de 2 injections de 25 mg / semaine	Infections++ Eruption aux points d'injection+, cytopénie, induction d'auto-anticorps

Contre-indications des anti-TNF α

- Infections
- Maladie démyélinisante, névrite optique
- Maladie hématologique et lymphoïde
- Néoplasie récente
- Insuffisance cardiaque congestive
- Hypersensibilité au produit ou à l'excipient
- Grossesse et allaitement
- Diabète sucré sévère

Rituximab, anticorps monoclonal

- Inhibe le récepteur CD20 des lympho B
- PR réfractaires aux anti TNF α
- perfusions de 1g à 15 jours d'intervalle, pouvant être renouvelées au bout de 1 an en moyenne.
- La durée d'efficacité de cette biothérapie est de 6 à 9 mois.

Contre-indications du Rituximab

- **insuffisance cardiaque sévère, ou maladie cardiovasculaire sévère non contrôlée**
- **infections sévères chroniques ou récidivantes**
- **Grossesse , Allaitement**
- **vaccination en cours.**

Tocilizumab

- inhibiteurs de l'IL6 :Tocilizumab(Actemra)
- Anticorps monoclonal murin humanisé de classe igG1γ dirigé contre le récepteur (membranaire ou soluble) de l'IL-6
- 8mg/kg en perfusion lente toutes les 4 semaines, associé au MTX
- Dose minimale=480mg, dose maximale=1,2g

Contre indication

- -Hypersensibilité au tocilizumab ou à l'un de ses excipients
- -Infection sévère non contrôlée (sepsis ou infection opportuniste)
- -Insuffisance rénale, hépatique
- -Grossesse, allaitement

ABATACEPT

- Inhibiteur des voies de costimulation entre les CPA et le lymphocyte T(CD80/CD86)
- Efficacité clinique et radiologique proche des anti TNF
- Excellente tolérance y compris sur le plan infectieux
- Perfusion mensuelle en IV 10mg/kg

Golimumab

- Anticorps monoclonal humanisé ; premier anti-TNF α à usage mensuel administré par stylo pré rempli pour injection sous-cutanée
- Indiqué dans la (PR) modérément active à sévère en association au méthotrexate, SA active, RP modéré à sévère seul ou avec méthotrexate
- (Simponi) 50 mg

- Certolizumab pégol (Cimzia)
 - Anti-TNF α pégylé, inhibiteur pégylé du TNF α , a été d'abord utilisé dans la maladie de Crohn qui ne répond pas au traitement standard, et utilisé récemment dans la (PR) ;
 - Fragment Fab humanisé spécifique du TNF α lié à 2 molécules de polyéthylene glycol (PEG)
 - En seringue pré-remplie de 200mg, toutes les 2 semaines en sous-cutané
 - Dose d'attaque 400 mg S(0.2.4) puis 200 mg /mois

Traitements locaux

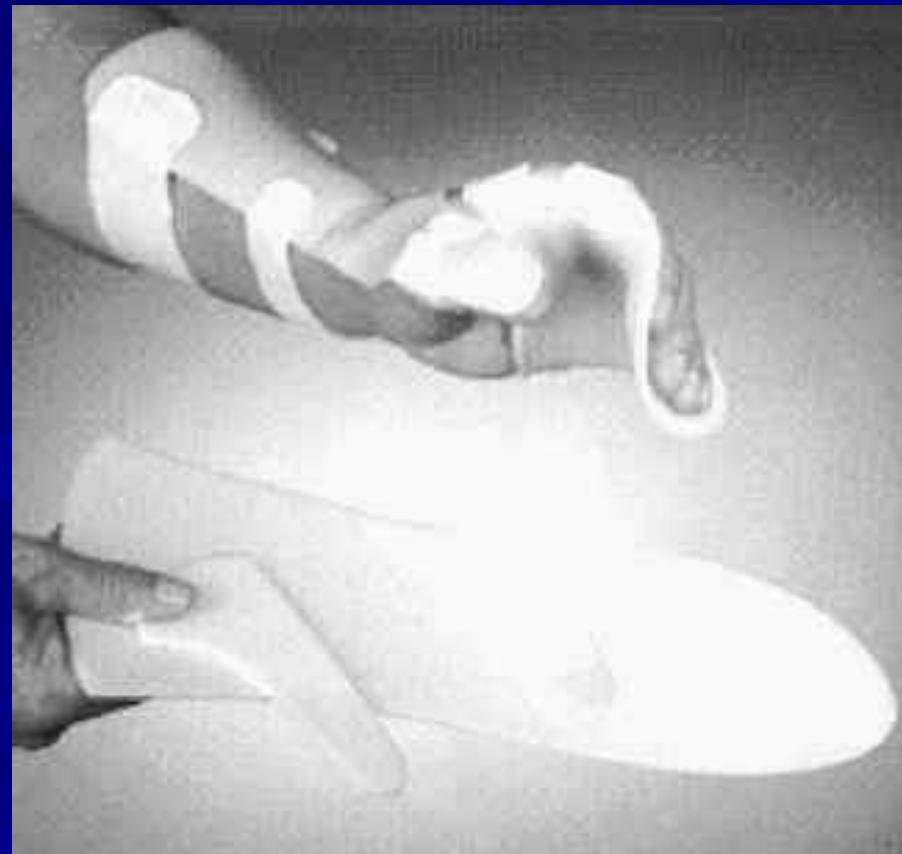
- Infiltrations aux corticoïdes
(l'hexacétonide de triamcinolone)
- Synoviorthèses isotopiques
yttrium-90 pour les grosses articulations,
erbium -169 pour les articulations des doigts
rhénium-186 pour le poignet.

Réadaptation fonctionnelle

- Indiquée à tous les stades de la maladie. Limite les déformations, entretient ou améliore la trophicité musculaire et la mobilité articulaire.

Appareillages

- *Appareillages de repos**
- * Orthèses plantaires**
- * Aides de marche ...**



Éducation du malade

- **Le patient doit connaître les gestes à éviter ;**
- **le maintient du mouvement est bénéfique ;**
- **la poursuite de l'activité professionnelle dans le cas où celle-ci est compatible avec l'état articulaire.**

Traitements chirurgicaux

Synovectomie,
Chirurgie des
Déformations,
Arthroplasties
prothétiques
Arthrodèses.



Indications

Polyarthrite rhumatoïde récente

Polyarthrite très active

- MTX ou Léflunomide
- MTX ou étanercept

(si atteinte structurale et FR+)

Polyarthrite à activité modérée

- MTX ou SLZ
(si pas d'atteinte structurale)
- MTX ou Léflunomide
(en cas d'atteinte structurale)

Polyarthrite à activité basse

- SLZ ou APS (si FR- pas d'atteinte RX)
- SLZ ou MTX (si FR+)
- MTX ou Léflunomide (si atteinte RX)

Polyarthrite rhumatoïde non contrôlée par le premier TRT de fond

- Substituer le TRT en cours, par le MTX, ou par une autre molécule.
- MTX+APS ou MTX + SLZ.
- corticothérapie
- Anti TNF α
- Rituximab

Cas particuliers

PR avec signes systémiques

- Corticothérapie générale
0.25 à 0.50 mg / kg / j

PR avec vascularite

- Corticothérapie (bolus)
- Immunosuppresseurs
Endoxan 750 g/m²
IV/mois pendant 6 mois.

PR et grossesse

- Dans 75% : rémission de la PR.
- TRT : nécessaire dans 25% des cas
- Le paracétamol peut être utilisé sans risque.
- Les corticoïdes à faible dose sont autorisés.
- SLZ, Hydroxychloroquine: autorisés

PR du sujet âgé avec importante altération de l'état général

- Corticothérapie 0,25 à 0,50 mg/kg/j
- Apport vitamino-calcique
- TRT de l'ostéoporose.

PR ancienne très évoluée non active

- AINS
- antalgiques,
- corticothérapie à faible dose,
- rééducation +++

CONCLUSION

La PR est une affection très hétérogène de DC difficile, basé principalement sur la clinique;

son TRT doit être instauré précocement et nécessite une équipe pluridisciplinaire.

L'avènement de nouveaux traitements, constitue un nouvel espoir dans la prise en charge de cette affection.