

La polyarthrite rhumatoïde *

La polyarthrite rhumatoïde (PR) est le plus fréquent des rhumatismes inflammatoires chroniques et une des premières causes de handicap moteur en France. Elle débute le plus souvent après 45 ans, trois fois plus souvent chez une femme qu'un homme. Si elle n'entraîne pas toujours une invalidité sévère, elle est responsable d'un handicap qui, pour être fluctuant et peu visible, n'en est pas moins contraignant et douloureux. Des traitements permettent de ralentir l'évolution, mais ils sont souvent contraignants. La participation du malade à son traitement est très importante.

QU'EST-CE QUE LA POLYARTHRITE RHUMATOÏDE ?

La PR, identifiée en 1800, est un **rhumatisme** (elle provoque douleurs et déformations des articulations) **chronique** (d'évolution prolongée), **évolutif**. « Arthritis » en grec signifie maladie des articulations, le suffixe « ite » désigne la nature inflammatoire, « poly » indique que l'atteinte concerne plusieurs articulations. On l'appelait naguère polyarthrite chronique évolutive (PCE).

On estime qu'elle touche 0,8 % à 1 % de la population française (450 à 600 000 personnes), avec des formes plus ou moins sévères. Elle touche trois femmes pour un homme.

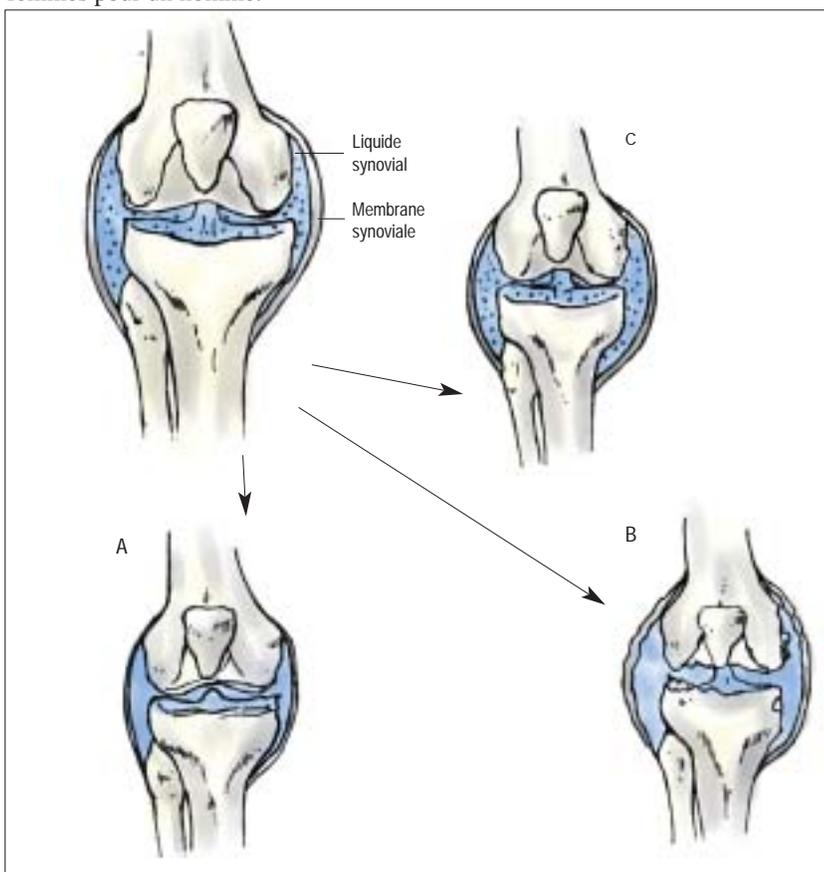


Figure 1.
La lésion initiale de la polyarthrite siège sur la membrane synoviale des articulations.
Il y a trois évolutions possibles :
– 5 à 10 % des PR guérissent spontanément (A) ;
– le plus souvent, on constate des détériorations du cartilage et de l'os (B) ;
– certaines atteintes ne « détruisent » pas (C), parce que leur liquide synovial ne contient pas de substances pouvant attaquer le cartilage et l'os.

COMMENT SE MANIFESTE-T-ELLE ?

Elle apparaît le plus souvent entre 40 et 50 ans, parfois avant, voire dès la prime enfance. Il n'existe pas de facteurs déclenchants démontrés, mais elle peut débuter après une période « difficile » (stress, surmenage...).

Au début, c'est très généralement l'atteinte articulaire qui révèle la PR, le plus souvent au niveau des articulations distales (doigts, main, poignet, pied...) de façon symétrique, parfois celles du cou (rachis cervical) ; les signes sont des douleurs associées à un enraidissement qui cède après un temps d'échauffement (« dérouillage ») notamment le matin, et parfois un gonflement chaud et douloureux des articulations touchées. Une fatigue générale, un peu de fièvre ou des douleurs d'autres articulations peuvent s'y associer.

Le diagnostic de certitude demande souvent une période de tâtonnement ; plusieurs maladies proches donnant des symptômes analogues : c'est un ensemble de constatations cliniques qui permet de trancher, appuyées sur des examens biologiques (les radiographies sont souvent normales au début). L'analyse de sang confirme le caractère inflammatoire de la maladie et recherche le « facteur rhumatoïde » (qui a donné son nom à la maladie) dont la présence est inconstante mais très évocatrice ; lorsque ce facteur est présent, on parle de PR « séropositive » (ce qui n'a évidemment aucun rapport avec le Sida).

QUELLE EN EST LA CAUSE ?

Elle n'est pas connue précisément et semble multifactorielle. Il existe une prédisposition génétique familiale ou « terrain génétique » (le risque de PR est trois à quatre fois plus grand que chez une personne non porteuse de ce terrain génétique). Cependant, la PR n'est pas héréditaire. **L'hypothèse d'un virus** a souvent été évoquée mais n'a pas été confirmée. La PR est une **maladie auto-immune** : le système immunitaire, dont le rôle est de défendre l'organisme contre les agents extérieurs, dirige ses attaques contre l'organisme, ici l'articulation.

Ce qui caractérise la PR est le caractère destructeur de l'inflammation : la lésion initiale (synovite) siège sur la fine membrane synoviale qui tapisse l'intérieur de chaque articulation. Si cette synovite n'est pas endiguée par les traitements, elle se propage aux structures avoisinantes péri-articulaires (tendons) et articulaires : cartilage et os. Les séquelles de cette destruction sont un enraidissement (voire une ankylose) et/ou des déformations des articulations, ainsi qu'une altération ou une rupture des structures péri-articulaires qui les stabilisent.

COMMENT ÉVOLUE-T-ELLE ?

Évolution

Il n'y a pas de loi universelle et les connaissances actuelles ne permettent pas de prévoir la gravité ou le rythme de l'évolution. En général, elle se fait par **poussées**, alternées avec des périodes plus calmes, parfois même de rémissions assez longues. Chaque poussée laisse des destructions plus ou moins irréversibles (fig.1). La précocité et l'efficacité des traitements peut avoir une influence bénéfique sur l'évolution (nombre et intensité des poussées) et les séquelles.

Le handicap

La particularité de l'évolution fait que l'invalidité est parfois **fluctuante**, car non seulement due aux séquelles (destructions articulaires) mais aussi à la douleur et aux horaires inflammatoires de la maladie (l'invalidité est maximale le matin). Selon le degré d'atteinte, l'invalidité touchera la préhension, la difficulté de porter des objets ou tout simplement de tourner une clé dans une serrure, voire de tenir un crayon. Lorsque les membres inférieurs sont atteints, la marche devient pénible, parfois impossible (le recours au fauteuil est rare). Le caractère évolutif a en plus des **conséquences psychologiques** : lors des poussées s'ajoute à la douleur la prise de conscience de l'impossibilité progressive de réaliser certains gestes courants. Ce peut être alors l'interruption d'une profession, d'autant que le suivi médical est assez lourd : certains médicaments nécessitent une surveillance contraignante, liée aux éventuels effets secondaires.

Atteintes associées – formes compliquées

En dehors des lésions ostéo-articulaires, d'autres atteintes peuvent exister, surtout dans les formes graves ou anciennes : atteintes d'autres organes (poumon, cœur, vaisseaux sanguins, nerfs...), voire véritable maladie généralisée par extension du mécanisme inflammatoire. Ces formes sont cependant rares. La plus fréquente des atteintes extra-articulaires (20 % des cas environ) est bénigne : il s'agit des « nodules rhumatoïdes » (simples tuméfactions cutanées). Enfin, la PR est souvent associée à une atteinte appelée syndrome de Gougerot-Sjögren, ou syndrome sec (insuffisance chronique de sécrétions des larmes et de la salive). Il doit être dépisté et traité car, sans larme, la cornée peut s'altérer.

QUELS TRAITEMENTS ET PRISE EN CHARGE PEUT-ON PROPOSER ?

La PR ne peut pas (encore) être guérie. De nombreux traitements sont cependant possibles. Certains influent sur le cours de la maladie, d'autres sur les symptômes. La prise en charge la plus efficace relève d'une **équipe pluridisciplinaire** associant rhumatologue, chirurgien, podologue, médecin rééducateur, infirmière, kinésithérapeute, ergothérapeute, ainsi qu'assistant social et psychologue. Ces équipes tendent à se développer, de même que le concept **d'école de la PR destinée aux malades**, dont l'objectif est de fournir à ceux-ci les moyens de poursuivre cet entretien seuls, après un séjour dans un établissement médicalisé. Il faut souligner le rôle important que le malade, s'il est bien informé, joue dans ses traitements et donc le futur de sa maladie.

La recherche dans le domaine de la polyarthrite est très active. Les axes portent entre autres sur les aspects génétique, immunologique, biochimique... des espoirs fondés existent à moyen terme. En l'an 2000, une action médiatique a permis de prélever de l'ADN sur 12000 personnes atteintes de PR pour poursuivre la recherche génétique sur la polyarthrite dans le cadre du programme « main dans la main chercheurs, médecins, maladies » en partenariat avec le laboratoire européen de recherche sur la PR et l'AFP.



La polyarthrite : une vie quotidienne « normale » souvent possible, mais au prix des efforts parfois peu visibles mais constants.

TRAITEMENTS DE LA PR

Les traitements médicamenteux sont de deux ordres :

– **les traitements « de fond »**, dont l'objectif est de ralentir l'évolution en agissant sur le mécanisme de la maladie ; ils sont proposés dans les formes non contrôlées par les autres traitements car ils sont délicats à mettre en œuvre : leur effet est lent, et variable d'un sujet à l'autre (en cas d'échec, imprévisible, on peut essayer un autre produit) ; ils impliquent une surveillance médicale et biologique régulière ;

– **les anti-inflammatoires**, qui agissent pour diminuer la douleur (souvent associés à des produits antalgiques) et l'intensité de l'inflammation, sans influencer le cours général de la maladie. Parmi eux, les corticoïdes peuvent cependant avoir une action de fond.

Les traitements locaux (au niveau de l'articulation) : **infiltrations** (corticoïdes surtout) **intra-ou péri-articulaires**, **synoviorthèses** : on détruit la prolifération anormale de la membrane synoviale (pannus) par un produit chimique ou radio actif. Enfin, certaines **chirurgies** préventives (synovectomie : ablation du pannus synovial ; stabilisation d'une articulation) ou réparatrice (prothèse, arthrolyse : blocage articulaire).

La rééducation : les exercices physiques ont pour objectif de conserver la mobilité des articulations, d'éviter leur déformation, de conserver le tonus musculaire : principes « d'économie articulaire ». Ils supposent l'enseignement par un praticien (kinésithérapeute). De petits **appareillages** et **aides techniques** aidant au maintien en bonne position (orthèse, attelles) complètent cette panoplie (ergothérapie).

VIVRE AVEC UNE POLYARHRITE

Un polyarthritique a besoin d'un **dérouillage matinal** (pour vaincre l'enraidissement) qui dure entre une et plusieurs heures, et est variable (plus important lors des poussées). Il doit être doux pour ne pas forcer les articulations ou créer de nouvelles lésions. Il implique une indisponibilité matinale et, quand on travaille, la prise en compte d'horaires différenciés (ce qui n'est pas toujours possible). **Des aides techniques** s'avèrent nécessaires (ergothérapie), ce d'autant que la main est la plupart du temps touchée.

Le suivi médical oblige également à de fréquentes visites, voire à des séjours dans des structures spécialisées (équipe pluridisciplinaire), éventuellement pour des interventions chirurgicales et l'indispensable rééducation qui en découle. Le polyarthritique a besoin d'un **entourage** compréhensif, du fait du caractère chronique et fluctuant (un jour ça va, pas le lendemain) de l'évolution (ce qu'on faisait hier n'est plus réalisable aujourd'hui), d'attentions particulières (la poignée de main vigoureuse est insupportable !) sans pour autant tomber dans la compassion dévalorisante. Enfin, il faut souligner l'intérêt pour un malade de parler, rencontrer, s'informer, dans une structure comme une association de malades, qui par l'échange d'expériences, de témoignages, et simplement la reconnaissance mutuelle, permet de mieux vivre sa polyarthrite, de retrouver confiance, et donc redécouvrir le plaisir d'une vie sociale.

Affection proche

La maladie de Still

C'est une maladie survenant surtout chez **l'enfant et l'adolescent**, plus rarement chez l'adulte. Les **manifestations** les plus fréquentes sont de fortes fièvres, des arthrites, ainsi qu'une atteinte cutanée qui constitue un élément diagnostique majeur. Il s'agit typiquement d'une éruption (boutons) rose pâle palpable (exanthème érythémateux maculo-papuleux), de quelques millimètres à quelques centimètres, qui peuvent secondairement confluer. La particularité de cette éruption est d'être fugace, s'installant le plus souvent lors de poussées de fièvre, disparaissant en quelques heures sans cicatrice. Les sièges de prédilection sont la racine des membres et le tronc, plus rarement le visage. L'éruption peut être déclenchée par un bain chaud ou un frottement. D'autres formes d'éruptions ont été décrites. Une

pharyngite (inflammation du pharynx) peut se voir et a une grande valeur diagnostique, car elle est absente des autres rhumatismes. **L'atteinte articulaire** est une polyarthrite touchant les grosses articulations, simulant parfois une PR. Cette atteinte peut évoluer vers la chronicité et même devenir destructrice. Il peut s'y associer une inflammation des muscles (polymyosite), voire d'autres atteintes viscérales. La cause est inconnue. **Le traitement** est symptomatique et repose surtout sur les corticoïdes ; dans les formes sévères, des traitements de fond utilisés pour la PR peuvent être tentés. Les avis divergent sur la distinction entre maladie de Still et **arthrite chronique juvénile** : il s'agit de la même affection pour certains qui considèrent l'arthrite chronique juvénile comme une forme précoce de PR, de deux maladies différentes pour d'autres.

Pour en savoir plus

Associations

AFP : Association Française des Polyarthritiques, 153, rue de Charonne, 75011 Paris.
Kourir : 56, rue du Faubourg Saint-Antoine, 75012 Paris.

ARP : Association de Recherche sur la Polyarthrite, 4, rue Bertheaux-Dumas, 92200 Neuilly-sur-Seine.

ANDAR, Association; nationale. de défense contre l'arthrite rhumatoïde, BP 7207, 34086 Montpellier Cedex 4.

À lire

Plaquettes de l'AFP (*Qu'est-ce que la PR ? Comment mieux soigner sa PR ?*) *Polyarthrite-Infos* (revue trimestrielle de l'AFP), 100 questions sur la PR.