

SYNTHÈSE DES RECOMMANDATIONS PROFESSIONNELLES

Polyarthrite rhumatoïde (PR) :

diagnostic et prise en charge initiale

(Septembre 2007)

OBJECTIFS DES RECOMMANDATIONS

- Évaluer et proposer les éléments les plus pertinents pour favoriser un diagnostic précoce et l'instauration rapide d'un traitement de fond.
- Obtenir un impact sur la prévention et le ralentissement ou le contrôle de la progression de la PR, et de ses complications.
- Réduire la douleur, prévenir la perte de fonction dans les activités quotidiennes, améliorer la qualité de vie.

PROFESSIONNELS CONCERNÉS

- Rhumatologues, internistes, médecins généralistes, radiologues, également kinésithérapeutes, ergothérapeutes, médecins de médecine physique et de réadaptation, spécialistes de la douleur, chirurgiens orthopédistes.

PATIENTS CONCERNÉS

- Patients adultes ayant une polyarthrite persistante susceptible d'être une PR ou bien ayant une PR diagnostiquée évoluant depuis moins d'un an et n'ayant pas reçu de traitement de fond.

GÉNÉRALITÉS CONCERNANT LE DIAGNOSTIC

- Le diagnostic de PR peut être difficile.
- Le diagnostic repose sur des arguments cliniques, biologiques, d'imagerie, et nécessite d'éliminer d'autres affections.
- Devant une arthrite touchant au moins deux articulations avec un gonflement articulaire (synovite ou épanchement), des douleurs d'horaire inflammatoire, une raideur matinale, une ténosynovite, il faut évoquer le diagnostic de PR.

POLYARTHRITE RHUMATOÏDE : DIAGNOSTIC ET PRISE EN CHARGE INITIALE

Le diagnostic clinique positif de la polyarthrite rhumatoïde est évoqué s’il existe plusieurs des signes cliniques suivants

- Raideur matinale > 30 minutes
- Durée d’évolution des symptômes > 6 semaines
- Arthrite d’au moins 3 articulations parmi touchant les poignets ou les métacarpophalangiennes et les interphalangiennes proximales des mains
- Douleur à la pression des métatarsophalangiennes
- Atteinte symétrique

PRESCRIRE dès la 1^{re} consultation par le médecin spécialisé ou non en rhumatologie

Bilan d’imagerie pour rechercher érosion ou pincement articulaire

- Radiographies des mains et poignets de face, des pieds de face et de 3/4 en grandeur normale (1/1)
- Radiographie de toute articulation symptomatique

Bilan biologique

- Facteur rhumatoïde¹ IgM
- Anticorps anti-CCP²
- Vitesse de sédimentation
- Protéine C réactive (CRP)

Diagnostic différentiel : explorations minimales

- Créatininémie
- Hémogramme
- Transaminases
- Bandelette urinaire
- Anticorps antinucléaires
- Radiographie du thorax

AVIS SPÉCIALISÉ EN RHUMATOLOGIE nécessaire pour le diagnostic et l’instauration du traitement de fond

Si radios normales

Recherche d’érosions par échographie ou par IRM

Si doute sur la présence d’une synovite à l’examen

Échographie Doppler

INSTAURATION DU TRAITEMENT DE FOND

Information médecin traitant

Objectifs du traitement de fond

- Contrôle de l’activité, rémission, faible niveau de l’activité
- Prévention du handicap fonctionnel
- Limitation des conséquences psychosociales
- Amélioration de la qualité de la vie

Information du patient et obtention de son adhésion au traitement

Suivi conjoint du patient avec les professionnels de santé

Suivi de la PR en phase initiale

- Évaluation mensuelle jusqu’à rémission, contrôle, puis tous les 3 mois de : NAD⁶, NAG⁷, intensité douleur, EVA globale activité par le patient, raideur matinale, VS, CRP
- Calcul du score de DAS 28
- Réponse au traitement de fond instauré selon le score du DAS 28⁴
- Recherche des manifestations extra-articulaires
- Surveillance de la tolérance des traitements de fond, des corticoïdes et des AINS éventuellement prescrits selon les RCP⁶ (cardiovasculaire, digestive, rénalehématologique, hépatique, digestive, voire cardio-vasculaire, rénale)
- Surveillance radiologique (cf. bilan initial) tous les 6 mois la 1^{re} année

¹ FR par technique ELISA ou néphélométrique ; ² Anti-CCp CCP : anticorps antiprotéines/peptides citrulinés par technique ELISA ; L’EVA activité³, le DAS⁴ et le HAQ⁵ sont disponibles sur le site de la HAS ; ⁶NAD : nombre d’articulations douloureuses ; ⁷NAG : nombre d’articulations gonflées
Les RCP⁶ sont disponibles sur le site de l’Afssaps

POLYARTHRITE RHUMATOÏDE : BILAN ET TRAITEMENT INITIAL

Le bilan initial préthérapeutique inclut le bilan réalisé lors du diagnostic et les évaluations suivantes :

- Nombre d'articulations gonflées (NAG) et Nombre nombre d'articulations douloureuses (NAD)
- Intensité de la douleur
- Échelle visuelle analogique mesure par le patient de l'activité de la maladie (EVA globale)
- Calcul du DAS 28 ⁴ pour apprécier l'activité de la PR
- Recherche des manifestations extra-articulaires (exemple : ténosynovites, syndrome de Raynaud, syndrome sec, nodules rhumatoïdes, vascularite)
- Mesure du handicap fonctionnel par le HAQ⁵
- Évaluation des facteurs de risques cardio-vasculaires

Facteurs pronostiques

- NAD, NAG
- Intensité du syndrome inflammatoire (VS, CRP)
- Présence de facteur rhumatoïde
- Présence d'anticorps anti-CCP
- Présence d'érosions en imagerie
- Score du DAS 28 > 3,2
- Score HAQ ≥ 0,5

DÉBUTER LE TRAITEMENT DE FOND LE PLUS PRÉCOCEMENT POSSIBLE

PR active sans signe de sévérité

Méthotrexate *per os* en première intention

- En l'absence de contre-indication
- Dose initiale : 10 mg/semaine à adapter au patient
- Associé aux folates
- Augmentation de dose : toutes les 4 à 8 semaines en cas d'insuffisance de réponse thérapeutique mesurée par le DAS 28⁴
- Dose maximale : 25 mg par semaine

Si contre-indications

Si intolérance ou insuffisance de réponse

Léflunomide :
20 mg par jour (pas de dose de charge)

Ou

Sulfasalazine :
1 g par jour puis augmenter par paliers hebdomadaires jusqu'à 2 à 3 g par jour

Méthotrexate forme parentérale (IM, SC)

+ gestes locaux (infiltrations)

PR active sévère d'emblée

Signes de sévérité :

- HAQ > 0,5
- ou lésions structurales à l'imagerie
- ou manifestations systémiques (autres que ténosynovites)

Association de traitements de fond

Par exemple :
infliximab ou étanercept
ou adalimumab

+ MTX

Par exemple :

MTX
+ sulfasalazine
+ hydroxychloroquine
+ corticoïdes
+ MTX

En cas d'échec thérapeutique ou d'intolérance
SE RÉFÉRER aux recommandations « PR prise en charge en phase d'état »

Prescription de corticoïdes

TOUJOURS EN ASSOCIATION À UN TRAITEMENT DE FOND APRÈS DIAGNOSTIC CONFIRMÉ, l'indication et la durée selon sont du ressort de l'avis spécialisé, **éventuellement** dans l'attente de l'effet des traitements de fond, de manière transitoire.
indication et durée selon avis spécialisé
Dose minimale efficace : ne pas dépasser 10 mg/jour ou 0,15 mg/kg/jour de prednisone per os ou équivalent.