



# Docteur, croyez-vous que je fais de l'arthrite ?

*Élisabeth Tessier*

**M. Boiteux revient vous consulter. Il a maintenant des douleurs aux deux genoux, aux mains et aux pieds. Les douleurs sont présentes depuis environ un mois et demi. Il dit ressentir tous les matins une raideur dans les articulations qui persiste plus d'une heure et demie après le réveil. M. Boiteux se sent fatigué et croit avoir fait de la fièvre.**

**Vous soupçonnez donc quelque chose de plus sérieux et vous avez bien raison.**

## **Est-ce vraiment la polyarthrite rhumatoïde ?**

Une anamnèse et un examen complet fourniront la majeure partie de l'information nécessaire au diagnostic de la polyarthrite rhumatoïde. Les examens paracliniques (épreuves de laboratoire et imagerie) renforcent l'impression clinique, mais conduisent rarement à eux seuls au diagnostic.

### **L'anamnèse et l'examen**

Vous avez reconnu les critères d'une douleur inflammatoire. Mis à part les caractéristiques de la douleur, l'anamnèse vise à recueillir des informations pour vous aider à poser le diagnostic différentiel et à découvrir les atteintes extra-articulaires (*tableaux I, II et III*) :

- ⊗ fièvre ou autre atteinte générale (perte de poids, fatigue) ;
- ⊗ lésions cutanées : photosensibilité, ulcères buccaux, psoriasis, syndrome de Raynaud, vascularite cutanée ;

*La D<sup>re</sup> Élisabeth Tessier, omnipraticienne, exerce la médecine familiale à la Clinique médicale Pierre-Bertrand, au service d'urgence du Centre hospitalier de Portneuf et comme médecin évaluateur à la Régie des rentes du Québec.*

## **Tableau I**

### **Critères diagnostiques de la polyarthrite rhumatoïde<sup>1-3</sup>**

- ⊗ Raideur matinale durant au moins 1 heure
- ⊗ Synovite touchant au moins trois articulations
- ⊗ Synovite touchant la main
- ⊗ Arthrite symétrique
- ⊗ Nodule rhumatoïde
- ⊗ Présence du facteur rhumatoïde
- ⊗ Changement radiologique

Quatre des sept critères sont nécessaires pour poser le diagnostic de polyarthrite rhumatoïde.

Les critères 1 à 4 doivent être présents depuis au moins six semaines.

On ne peut éliminer la présence d'une polyarthrite rhumatoïde chez un patient n'ayant que deux des quatre critères cliniques. On doit donc le réévaluer plus tard.

- ⊗ perte de cheveux excessive ;
- ⊗ atteinte oculaire (uvéïte) ;
- ⊗ dyspnée ou douleur thoracique (pleurésie ou épanchement pleural [pleurite], péricardite) ;
- ⊗ médicaments ;
- ⊗ contact avec de jeunes enfants ayant eu la 5<sup>e</sup> maladie récemment ;
- ⊗ relations sexuelles à risque ;
- ⊗ diarrhée.

**Une anamnèse et un examen complet fourniront la majeure partie de l'information nécessaire au diagnostic de la polyarthrite rhumatoïde. Les examens paracliniques (épreuves de laboratoire et imagerie) renforcent l'impression clinique, mais conduisent rarement à eux seuls au diagnostic.**

Repère

## Tableau II

### Critères diagnostiques du lupus érythémateux disséminé<sup>1-3</sup>

- Érythème malaire
- Érythème discoïde
- Photosensibilité
- Ulcères buccaux non douloureux
- Arthrite non érosive touchant au moins deux articulations
- Atteinte séreuse (pleurésie ou épanchement pleural [pleurite] ou péricardite)
- Atteinte rénale : protéinurie ou cylindres cellulaires
- Atteinte neurologique : convulsions ou psychose
- Atteinte hématologique : anémie hémolytique, leucopénie ou thrombocytopenie
- Atteinte immunologique : anticorps antiADN, antiSm ou antiphospholipides
- Anticorps antinucléaires

Quatre des onze critères sont nécessaires pour poser le diagnostic de lupus érythémateux disséminé.

L'examen physique confirme la présence de synovite aux poignets et aux genoux ainsi qu'aux articulations métacarpophalangiennes et interphalangiennes proximales des 2<sup>es</sup> 3<sup>es</sup> et 4<sup>es</sup> doigts droits et gauches ainsi qu'aux articulations métatarsophalangiennes des 1<sup>ers</sup> et 2<sup>es</sup> orteils droits et gauches. Il n'y a pas d'atteinte axiale. L'examen général et celui de la peau sont normaux. Ici, la maladie répond aux critères d'une atteinte inflammatoire, polyarticulaire et symétrique, sans atteinte axiale (figure 1).

Le diagnostic d'arthrite à parvovirus est à envisager chez un adulte ayant été en contact avec un enfant ayant eu la 5<sup>e</sup> maladie de deux à trois semaines auparavant. C'est une polyarthrite d'apparition subite dans laquelle les articulations atteintes sont sensiblement les mêmes que dans la polyarthrite rhumatoïde. La résolution est spontanée à l'intérieur de six à douze semaines. Le dosage des IgM antiparvovirus B19 est positif pendant deux mois<sup>1</sup>.

*M. Boiteux (quant à lui) répond aux critères de la polyarthrite rhumatoïde jusqu'à maintenant (tableaux I, II et III).*

### Les épreuves de laboratoire et l'imagerie

Les examens paracliniques utiles pour appuyer le

## Tableau III

### Manifestations extra-articulaires de la polyarthrite rhumatoïde<sup>1-3</sup>

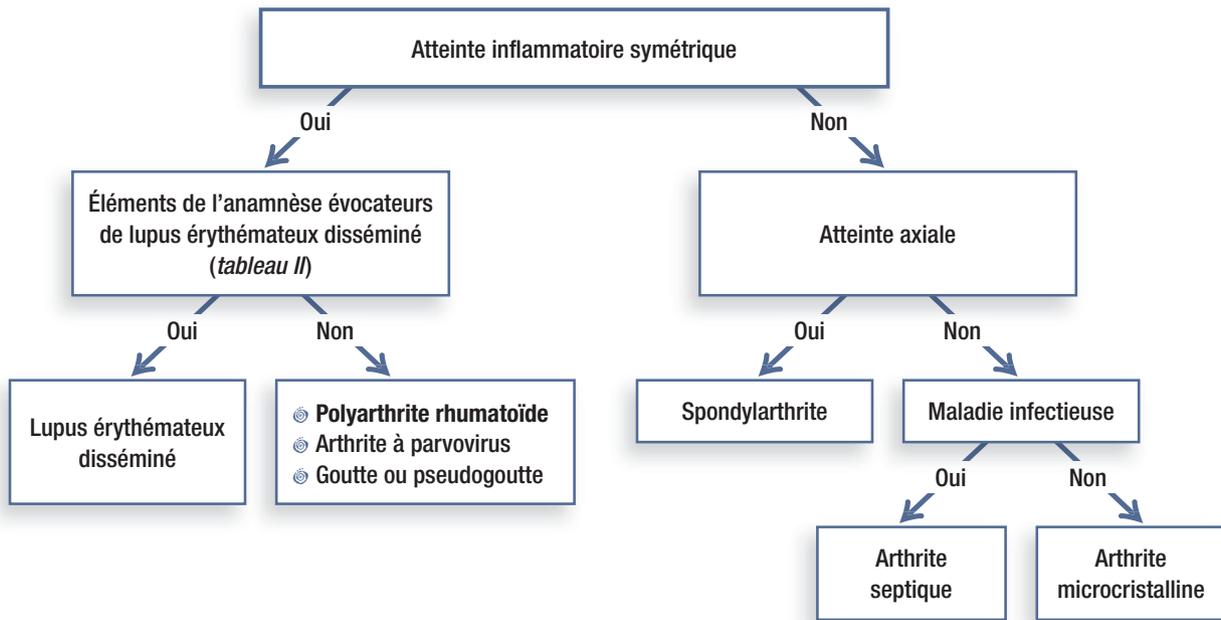
- Cutanées : nodule rhumatoïde, vascularite rhumatoïde
- Oculaires : kératoconjonctivite, sclérite, épisclérite
- Pulmonaires : épanchement pleural, nodule rhumatoïde, fibrose pulmonaire
- Cardiaques : péricardite, nodule rhumatoïde avec bloc de conduction ou atteinte valvulaire
- Neurologiques : atteinte C1-C2 avec myélopathie, neuropathie périphérique, atrophie musculaire
- Hématologiques : anémie inflammatoire, thrombocytose, syndrome de Felty
- Autres : amyloïdose, syndrome de Sjögren

diagnostic de polyarthrite rhumatoïde sont les suivants :

- hémogramme ;
- vitesse de sédimentation et taux de protéine C réactive ;
- taux d'azote uréique sanguin (*BUN*), taux de créatinine ;
- taux d'AST, d'ALT et de phosphatase alcaline ;
- facteur rhumatoïde ;
- analyse d'urine ;
- radiographie des mains et des pieds où on cherchera des érosions ou une décalcification périarticulaire ainsi que des pincements de l'espace interarticulaire. On fera une radiographie chaque année pour s'assurer qu'il n'y a pas d'évolution radiologique de la maladie, même si d'un point de vue clinique le patient semble en rémission.
- Les examens de laboratoire serviront aussi au suivi de la maladie et du traitement. La vitesse de sédimentation permet d'évaluer l'activité de la maladie et la réponse au traitement. Ce test ainsi que le dosage de la protéine C réactive seront répétés aux trois mois pour vérifier s'il y a un retour aux valeurs normales. Ces tests ont une valeur pronostique dans la polyarthrite rhumatoïde. La protéine C réactive apparaît de manière plus précoce et est un marqueur plus sensible et plus spécifique de l'inflammation. Elle permet d'évaluer l'activité de la maladie et la réponse au traitement. Le facteur rhumatoïde n'est pas un marqueur de l'activité de la maladie, mais il en est un marqueur pronostique. Si le test pour ce facteur

**Figure 1**

**Algorithme décisionnel pour le diagnostic de l'atteinte inflammatoire symétrique**



Source : Ligier S. Les douleurs articulaires, quand faut-il soupçonner une arthrite inflammatoire? *Le Médecin du Québec* 2001 ; 36 (11) : 37-43.

est positif, on ne fera pas de contrôle ultérieur. S'il est négatif, on conseille de refaire le test de six à douze mois plus tard. Un taux élevé indique un risque plus élevé de manifestations extra-articulaires.

La sensibilité et la spécificité du test de détection du facteur rhumatoïde sont faibles. Les résultats sont positifs chez 75 % des patients atteints de polyarthrite rhumatoïde. Toutefois, le facteur rhumatoïde est aussi présent chez :

- de 2 % à 4 % des personnes de 20 à 60 ans sans polyarthrite rhumatoïde ;
- 5 % des personnes de plus de 60 ans ;
- de 10 % à 25 % des personnes de plus de 70 ans.

Les résultats des examens de M. Boiteux sont les suivants :

- L'hémogramme montre une anémie inflammatoire ;

- le facteur rhumatoïde est présent ;
- la vitesse de sédimentation et le taux de protéine C réactive sont élevés ;
- les autres résultats sont normaux ainsi que les radiographies.

**Les agents de rémission : quand et comment ?**

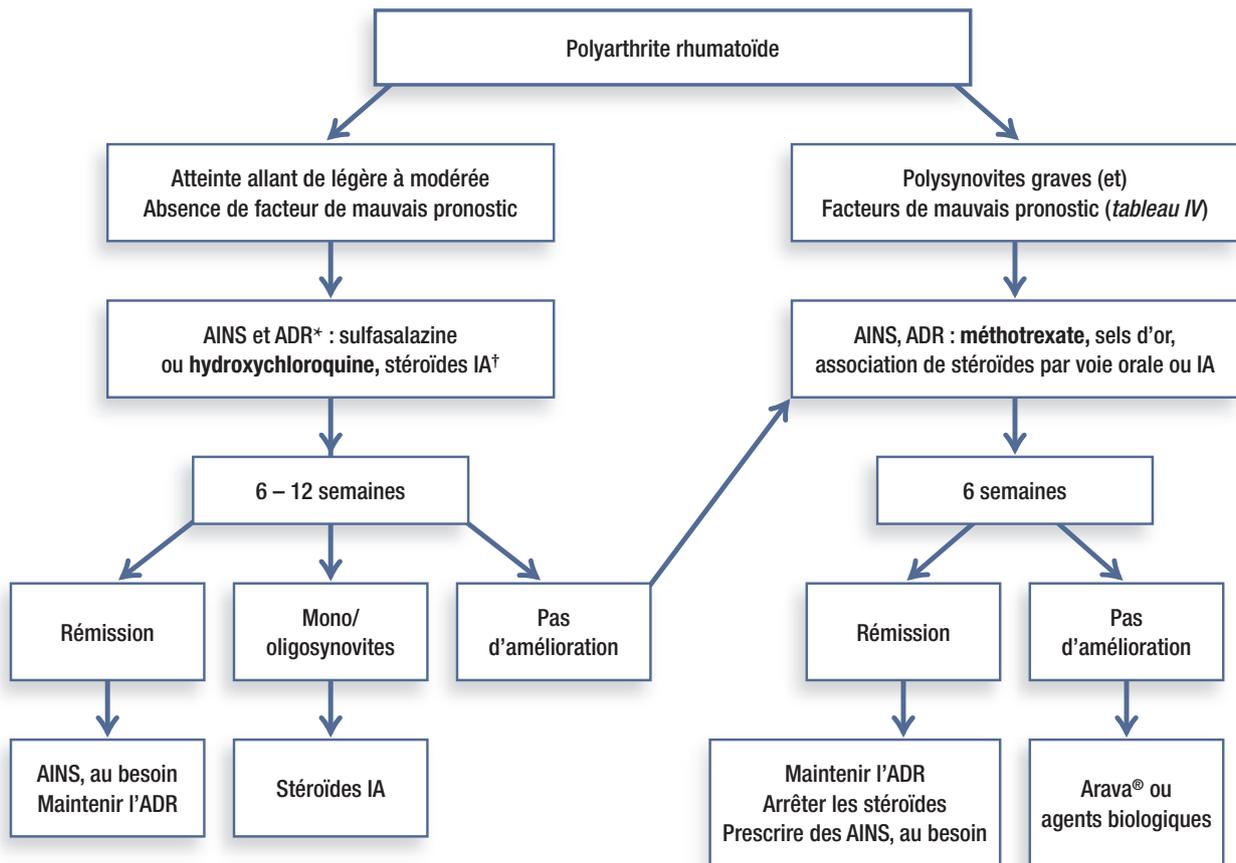
On sait maintenant que 89 % des patients présentent des érosions radiologiques deux ans après l'apparition des symptômes et que 75 % des lésions surviennent au cours des cinq premières années de la maladie. Il y a donc tout intérêt à donner un traitement énergique au début de la maladie. On doit agir avant que les articulations ne soient endommagées pour éviter des handicaps fonctionnels. L'évaluation de la polyarthrite rhumatoïde devrait

**On sait maintenant que 89 % des patients présentent des érosions radiologiques deux ans après l'apparition des symptômes et que 75 % des lésions surviennent au cours des cinq premières années de la maladie. Idéalement, les agents de rémission devraient être prescrits dans les trois mois qui suivent le début de la maladie. En cas d'échec, le rhumatologue envisagera un traitement par des agents biologiques.**

**Repères**

**Figure 2**

**Algorithme de traitement**



\*ADR : agent de rémission (tableau V) ; † IA : intra-articulaire

La prednisone et les AINS n'empêchent pas l'évolution de la maladie. Ils soulagent les symptômes en attendant l'effet des agents de rémission.

Source : Bessette L, Camerlain M, Morin F, Raïche P, Turcotte A. *Pour l'Avancement de la Rhumatologie*. Atelier de formation. Annexes. 2004 ; Annexe M.

**Tableau IV**

**Facteurs de mauvais pronostic<sup>1-3</sup>**

- ⊗ Atteinte polyarticulaire
- ⊗ Handicap fonctionnel initial
- ⊗ Atteinte extra-articulaire
- ⊗ Facteur rhumatoïde : taux élevé
- ⊗ Vitesse de sédimentation, taux de protéine C élevé
- ⊗ Érosions précoces à la radiographie (moins de deux ans)
- ⊗ Statut socio-économique faible

toujours inclure une consultation en rhumatologie. Toutefois, comme le délai peut être de plusieurs mois, un traitement devrait être entrepris sans tar-

der (figure 2, tableaux IV et V).

Idéalement, les agents de rémission devraient être prescrits dans les trois mois suivant le début de la maladie. En cas d'échec, le rhumatologue envisagera un traitement par des agents biologiques.

*Vous décidez de traiter M. Boiteux par le méthotrexate et vous effectuez le suivi clinique et biologique. Vous n'oubliez pas de prescrire 5 mg d'acide folique, deux fois par semaine, que le patient devra prendre un autre jour que le méthotrexate, car ce dernier inhibe l'enzyme qui permet d'obtenir la forme active de l'acide folique.*

**Quels sont les signes d'une mauvaise évolution de la maladie ?**

S'il n'y a pas d'amélioration clinique avec les agents

**Tableau V****Agents de rémission**

Médicament	Évaluation de base	Toxicité	Examens complémentaires	Délai d'action	Posologie
Hydroxy-chloroquine (Plaquenil®)	Aucune si le patient a moins de 40 ans et n'a pas d'atteinte oculaire	Domage maculaire rare Trouble de l'accommodation bénin et passage à la dose utilisée	Examen ophtalmologique tous les 12 mois	2 – 6 mois	6,5 mg/kg/j dose maximale : 400 mg
Sulfasalazine (Salazopyrin®)	Hémogramme, créatinine, fonction hépatique	Myélosuppression, éruption cutanée, photosensibilité, céphalées	Hémogramme, AST, ALT toutes les 2 à 4 semaines pendant 3 mois, puis tous les 3 mois	1 – 3 mois	1000 mg, de 2 à 3 fois par jour
Méthotrexate	Hémogramme, créatinine, fonction hépatique, albumine, examen sérologique (hépatites B et C)	Myélosuppression, pneumonite, fibrose hépatique, effets tératogènes, rares lymphomes, alopecie, nausées, vomissements, ulcères buccaux	Hémogramme, AST, ALT, créatinine, albumine toutes les 4 à 8 semaines	1 – 2 mois	De 7,5 mg à 25 mg par semaine ou voie orale sous-cutanée
Léflunomide (Arava®)	Hémogramme, créatinine, fonction hépatique, examen sérologique (hépatites B et C)	Myélosuppression, diarrhée, alopecie, atteinte hépatique, hypertension, effets tératogènes	Hémogramme, créatinine, fonction hépatique toutes les 2 semaines pendant 6 mois, puis toutes les 4 à 8 semaines	1 – 3 mois	20 mg/j après 1 dose de charge de 100 mg/j pendant 3 jours
Sels d'or (Myochrysine®)	Hémogramme, créatinine, analyse d'urine	Myélosuppression, protéinurie, éruption cutanée, ulcères buccaux	Hémogramme, analyse d'urines avant chaque injection	3 – 6 mois	De 25 mg à 50 mg IM toutes les 2 à 4 semaines après une dose d'essai de 10 mg

IM : intra-musculaire

de rémission à dose maximale (au bout de six à douze semaines selon l'agent) ou si la vitesse de sédimentation ou le taux de protéine C réactive demeurent élevés lors du contrôle, c'est signe que la maladie s'aggrave. Une consultation urgente chez le spécialiste est alors recommandée.

*Six semaines plus tard, l'état de M. Boiteux ne s'est pas amélioré. Vous discutez du cas de M. Boiteux avec le rhumatologue qui, heureusement, pourra le voir dans une semaine et il envisage un traitement par des agents biologiques.* 🍷

Date de réception : 23 décembre 2005

Date d'acceptation : 28 février 2006

Mots-clés : polyarthrite rhumatoïde, agent de rémission, pronostic

La D<sup>re</sup> Élisabeth Tessier n'a signalé aucun intérêt conflictuel.**Bibliographie**

1. Académie de rhumatologie. Brown JP. *Diagnostic des polyarthropathies*; octobre 2003. Turcotte A. *Investigation en rhumatologie*; octobre 2003. Blier C. *Les agents de rémission en rhumatologie: indications et*

## Summary

**Doctor, could it be arthritis?** A rheumatoid arthritis diagnosis is usually made by taking patient medical history and physical exam. Blood tests and X-rays should support the clinical diagnosis and point to the most appropriate treatment and follow-up. Remittive drugs must be used early following the diagnosis of rheumatoid arthritis. The aim of the treatment is to reduce joint destruction that causes disability. Nearly 90% of all patients show signs of joint erosion within the first two years of the disease.

**Keywords:** rheumatoid arthritis, remittive drug, prognosis

*suivi*; décembre 2003. Programme de formation du Centre de développement professionnel continu de l'Université Laval. Site Internet : [http://w3.fmed.ulaval.ca/fmc/les\\_activites/programmes\\_de\\_formation/academie\\_de\\_rhumatologie](http://w3.fmed.ulaval.ca/fmc/les_activites/programmes_de_formation/academie_de_rhumatologie) (Page consultée en septembre 2005).

2. Camerlain M. Le traitement de la polyarthrite rhumatoïde. Que dire des agents biologiques? *Med Actuel* 2005.
3. American College of Rheumatology. *Guidelines for the management of rheumatoid arthritis*. Atlanta : American College of Rheumatology. Février 2002. Site Internet : [www.rheumatology.org/publications/guidelines/raguidelines02.asp?aud=mem](http://www.rheumatology.org/publications/guidelines/raguidelines02.asp?aud=mem) (Page consultée en septembre 2005).

---

## Pour en savoir plus...

- Pavy S, Constantin A, Pham T et coll. Methotrexate therapy for rheumatoid arthritis: clinical practice guidelines based on published evidence and expert opinion. *Joint Bone Spine* Sous presse, 2006.
- Gossec L, Fautrel B, Pham T et coll. Structural evaluation in the management of patients with rheumatoid arthritis: development of recommendations for clinical practice based on published evidence and expert opinion. *Joint Bone Spine* 2005; 72 (3) : 229-34.
- Ortiz Z, Shea B, Suarez Almazor M et coll. Folic acid and folinic acid for reducing side effects in patients receiving methotrexate for rheumatoid arthritis. *Cochrane Database Syst Rev* 2000; (2) : CD000951. Revue.
- Whittle SL, Hughes RA. Folate supplementation and methotrexate treatment in rheumatoid arthritis: a review. *Rheumatology* (Oxford) 2004; 43 (3) : 267-71.
- Sesin CA, Bingham CO 3rd. Remission in rheumatoid arthritis: wishful thinking or clinical reality? *Semin Arthritis Rheum* 2005; 35 (3) : 185-96.