

## Diagnostic d'une polyarthrite rhumatoïde récente

*Early rheumatoid arthritis diagnosis*Fadia Rahal<sup>1</sup>, Amina Abdessemed<sup>1</sup>, Radia Chetouane<sup>1</sup>, Sabrina Haid<sup>1</sup>, Naoual Khaldoun<sup>1</sup>, Salima Lefkir<sup>1</sup>, Nadjia Brahimi<sup>1</sup>, Aicha Ladjouze-Rezig<sup>1</sup>

Batna Journal of Medical Sciences

1. Service de Rhumatologie, EHS Ben Aknoun, Alger, Algérie

Correspondance à :  
Dr. Fadia RAHAL  
[ffadia.2007@yahoo.fr](mailto:ffadia.2007@yahoo.fr)DOI: <https://doi.org/10.48087/BIMStf.2014.1105>

Il s'agit d'un article en libre accès distribué selon les termes de la licence Creative Commons Attribution International License (CC BY 4.0), qui autorise une utilisation, une distribution et une reproduction sans restriction sur tout support ou format, à condition que l'auteur original et la revue soient dûment crédités.

## RÉSUMÉ

La polyarthrite rhumatoïde est le plus fréquent des rhumatismes inflammatoires chroniques. Sa prise en charge, surtout en cas de rhumatisme inflammatoire débutant, devrait être précoce, si possible dans les six premiers mois d'évolution de la maladie, et être adaptée à l'évolutivité potentielle du rhumatisme car il s'agit d'une urgence thérapeutique. Sa prise en charge a été révolutionnée par une meilleure connaissance de la physiopathologie (rôle des anti CCP établi), une nouvelle approche diagnostique (nouveaux critères ACR/EULAR 2010 et nouvelles recommandations internationales), pronostique et thérapeutique (biothérapies).

## ABSTRACT

Rheumatoid arthritis is the most frequent chronic inflammatory rheumatism. Its management, especially in case of early inflammatory rheumatism should be immediate, if possible, during the first six months of evolution of the disease and should be adapted to the potential evolution of the rheumatism because it is therapeutic emergency. Management was drastically improved by a better knowledge of the pathophysiology (role of anti CCP antibodies established), a new diagnostic approach (new 2010 ACR/EULAR criteria and new international recommendations), and new prognostic and therapeutic approaches (biologics).

## المخلص

إن التهاب المفاصل الروماتويدي هو التهاب الروماتيزمي المزمن الأكثر شيوعاً. إن التكفل بهذا المرض خاصة في حالة الروماتيزم الالتهابي المبداً يجب أن يكون مبكراً، إذا كان ذلك ممكناً على الأقل خلال الأشهر الستة الأولى من تطور المرض ويجب أن تتكيف مع تطور الحالة لأنه يشكل حالة علاجية مستعجلة. إن التكفل بهذا المرض قد تحسن بشكل كبير مع تطور معرفة أفضل للفيزيولوجيا المرضية (دور الأجسام المضادة CCP)، واتباع نهج جديدة للتشخيص (المعايير الجديدة EULAR / ACR 2010 والتوصيات العالمية الجديدة)، سيرورة المرض ومقاربات علاجية جديدة.

## INTRODUCTION

La polyarthrite rhumatoïde (PR) est une maladie inflammatoire chronique, auto-immune et poly-synoviale, qui conduit plus ou moins rapidement à la destruction cartilagineuse et osseuse pouvant aboutir à l'incapacité fonctionnelle et/ou au handicap (1). La PR atteint de 0,5 à 1% de la population générale (2), elle peut survenir à tout âge particulièrement entre 40 à 70 ans avec une prédominance féminine. C'est une maladie hétérogène avec des degrés variables entre des formes bénignes, non érosives et des formes sévères rapidement destructrices lui donnant le caractère d'une urgence articulaire.

C'est grâce à la meilleure compréhension de ses mécanismes physiopathologiques que des traitements ciblés et spécialement conçus pour cette affection ont été développés. Ces traitements permettent non seulement de contrôler l'inflammation mais aussi de prévenir la destruction ostéo-cartilagineuse qui en fait toute sa gravité.

## INTÉRÊT DU DIAGNOSTIC D'UNE POLYARTHRITE RHUMATOÏDE DÉBUTANTE

Le diagnostic de la PR doit être fait aussitôt que possible car c'est au stade de début que le traitement a le plus de chances d'être efficace (3), la prise en charge d'une PR débutante justifie d'un diagnostic dans les trois à six premiers mois après le début des symptômes (4). L'intérêt d'un traitement précoce de la PR repose sur le fait qu'au stade de PR débutante, l'inflammation initiale corrélée à la destruction articulaire ultérieure, est réversible et accessible au traitement. Plusieurs études ont démontré le bénéfice d'un traitement de fond précoce sur la progression radiographique de la PR, et ce bénéfice est encore plus grand lorsque la maladie est initialement plus agressive, d'où les recommandations suivantes de l'EULAR (6) : « Les patients présentant une arthrite de plus d'une articulation devraient être adressés à un rhumatologue idéalement dans les 6 semaines après le début des symptômes ».

## Pour citer l'article :

Fadia R, Abdessemed A, Chetouane R, *et al.* Diagnostic d'une polyarthrite rhumatoïde récente. *Batna J Med Sci* 2014;1(1):12-17.  
<https://doi.org/10.48087/BIMStf.2014.1105>

« Les patients à risque de développer une arthrite persistante et/ou érosive devraient recevoir un traitement de fond aussi précocement que possible, même s'ils ne remplissent pas encore les critères de classification d'un rhumatisme défini. »

### DIAGNOSTIC D'UNE PR DÉBUTANTE

Le diagnostic d'une PR dès son début est difficile. Il s'applique autour d'un faisceau d'arguments comportant essentiellement des manifestations cliniques et parfois biologiques évocatrices. Pour contourner ce problème de subjectivité dans le diagnostic de la PR débutante, un consensus international propose d'effectuer la démarche diagnostique en trois étapes (5-6) :

- **1ère étape** : reconnaître un rhumatisme inflammatoire débutant pouvant correspondre à une PR (= PR possible).
- **2ème étape** : éliminer un autre rhumatisme inflammatoire défini (diagnostic différentiel)
- **3ème étape** : rechercher devant cette PR « probable » des éléments permettant de prédire l'évolution vers une polyarthrite chronique et destructrice (facteurs pronostiques)

#### Etape 1 : Diagnostic d'un rhumatisme inflammatoire débutant pouvant correspondre à une PR

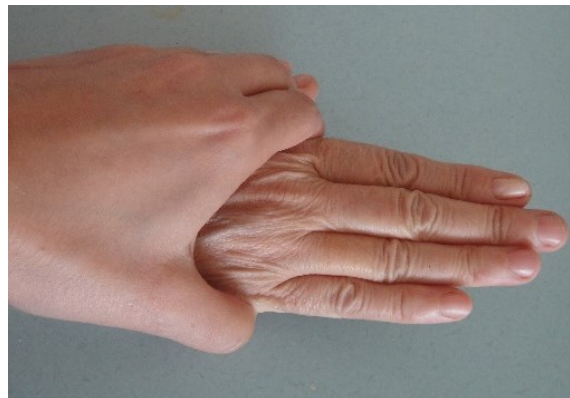
Devant la suspicion d'un rhumatisme inflammatoire débutant, on recherche des synovites dont le diagnostic est essentiellement clinique, par la présence d'un gonflement articulaire rénitent et tendu (arthrite) plutôt acroméliques, et touchant les petites articulations des mains et des pieds (**figure 1**). Cependant, il est parfois difficile de les mettre en évidence et, dans ce cas, l'échographie et l'IRM peuvent être d'un grand apport.



**Figure 1** : arthrite IPP (3ème, 4ème ,5ème rayons= aspect de doigts en fuseau)

Certains signes cliniques simples ont été mis en avant pour identifier en pratique courante tout rhumatisme inflammatoire débutant (7) :

- au moins 3 articulations gonflées ;
- un dérouillage matinal d'au moins 30 minutes ;
- une douleur à la pression transverse des MCP ou des MTP (appelé *squeeze test*) (**figure 2**)



**Figure 2** : squeeze test : pression laterale des MCP

#### Etape 2 : Diagnostics différentiels à évoquer avant de s'orienter vers une PR :

Le clinicien recherche tout d'abord des signes en faveur d'une des différentes étiologies sur des données de contexte et de terrain (risque plus élevé chez les femmes de 30 à 60 ans, chez les sujets consommant du tabac), de la topographie des atteintes articulaires (volontiers périphériques et distales) et d'un examen physique effectué organe par organe (habituellement normal dans la PR), le but étant d'identifier des signes d'orientation qui dicteront la prescription des examens complémentaires.

##### En présence de fièvre:

Un contexte de fièvre fera discuter le diagnostic de polyarthrite infectieuse notamment bactérienne (endocardite d'Osler, arthrite septique, polyarthrite septique à pyogènes) ou de polyarthrite d'origine virale (parvovirus B19, hépatites), ainsi que la maladie de Lyme ou la maladie de Whipple. Le diagnostic de polyarthrite inflammatoire chronique fébrile (rhumatisme microcristallin, rhumatisme inflammatoire chronique) ne sera retenu qu'après élimination de toutes les autres étiologies.

##### En l'absence de fièvre:

D'autres signes cliniques extra-articulaires et des antécédents familiaux sont à rechercher pour éliminer d'autres urgences ou orienter le diagnostic étiologique du rhumatisme inflammatoire (infectieuses, microcristallines, maladies générales et connectivites).

Lorsqu'aucun signe d'orientation n'a été retrouvé (polyarthrite dite « nue »), l'étiologie la plus vraisemblable reste la PR en sachant que le diagnostic repose davantage sur l'exclusion des diagnostics différentiels que sur les signes positifs compte tenu du manque de spécificité de la plupart d'entre eux. En l'absence d'orientation, le diagnostic de rhumatisme indifférencié est retenu

#### Etape 3 :

Une fois le diagnostic posé, l'étape finale consiste à rechercher des éléments permettant de prédire l'évolution vers une polyarthrite chronique et destructrice (recherche des facteurs pronostiques que nous reverrons).

## BILAN SYSTÉMATIQUE AU COURS D'UNE POLYARTHRITE DÉBUTANTE

Les examens complémentaires biologiques servent à éliminer les atteintes potentiellement irréversibles mais aussi à apporter un diagnostic, soit selon l'orientation lorsqu'il y en a une, soit de façon systématique lorsqu'il n'y en a pas. Les études de cohortes ont permis de démontrer que seuls les facteurs rhumatoïdes, les anticorps anti-protéines citrullinées (anti-CCP, aussi appelés ACPA) et à un moindre degré les radiographies des mains et des avant-pieds ont démontré leur intérêt dans le diagnostic positif de PR (8), tous les autres servent à la recherche d'un diagnostic différentiel.

### Syndrome inflammatoire biologique

Il existe dans 90 % des cas un syndrome inflammatoire non spécifique, avec augmentation de la vitesse de sédimentation globulaire (VS), et/ou de la *C Reactive protein* (CRP). La normalité n'élimine pas le diagnostic. L'électrophorèse sérique objective une augmentation des alpha-2 et, parfois, des gammaglobulines. Il existe parfois une anémie modérée d'origine inflammatoire le plus souvent, parfois elle est d'origine digestive chronique qui se surajoute. On peut parfois noter une hyperleucocytose avec polynucléose, une thrombocytose et parfois éosinophilie. La leuco-granulopénie est plus rare, s'intégrant alors dans le cadre d'un syndrome de Felty, voire d'un syndrome des grands lymphocytes granuleux.

### Facteurs Rhumatoïdes (FR)

La détection des FR a été le premier outil utilisé pour le diagnostic de la PR ; les FR sont des anticorps anti-gammaglobuliniques qui appartiennent le plus souvent à la classe des IgM. Ils peuvent être aussi de type IgA, IgG, IgD ou IgE, mais toujours dirigés contre les immunoglobulines G.

La spécificité de ces facteurs est très variable et leur hétérogénéité est grande. Certains FR sont hétérospécifiques et réagissent avec des IgG animales (par exemple lapin dans la réaction de Waaler-Rose), d'autres sont homospécifiques réagissant avec des IgG humaines (test au latex) ou autospécifiques réagissant alors avec les allotypes des IgG du malade lui-même.

Cependant, les FR souffrent d'un manque de spécificité : ils sont souvent présents dans des situations d'infection chronique (hépatite C), et au cours d'autres maladies inflammatoires (lupus, syndrome de Gougerot-Sjögren...), ou même être présents chez le sujet sain (sujet âgé +++), et finalement la présence de FR est loin d'être synonyme de PR ; elle n'est ni indispensable ni suffisante pour affirmer le diagnostic. La spécificité du FR varie en fonction du contexte clinique ; elle est forte en présence d'un tableau de polyarthrite, faible en son absence.

### Anticorps anti protéines citrulinées

La quête d'autoanticorps hautement spécifiques de la polyarthrite rhumatoïde a débuté dès 1964, avec la découverte du facteur anti-périnucléaire, suivi des anticorps anti-kératine, anti-stratum corneum, anti-filaggrine, anti-Sa...

Tous ces autoanticorps ont un dénominateur commun, celui d'être dirigés contre des protéines endogènes citrullinées (9). Depuis une dizaine d'années, les autoanticorps dirigés contre les peptides/protéines citrullinées (anti-citrullinated peptide

antibody [ACPA]), et notamment contre les cyclic citrullinated peptides (CCP), représentent le biomarqueur le plus spécifique de la polyarthrite rhumatoïde. Il a ainsi été montré que la citrulline est directement liée à la physiopathologie de la maladie rhumatoïde.

En pratique clinique, l'ELISA anti-CCP2 est le test le plus fréquemment utilisé. Afin de mettre en évidence la présence d'anticorps anti-peptides citrullinés, il utilise comme antigène des peptides synthétiques citrullinés cycliques, modifiés pour augmenter la reconnaissance par les auto-anticorps de plusieurs cibles antigéniques (collagène, alpha-énolase, fibrine...). Ces anticorps sont souvent présents dès le diagnostic, voire même plusieurs années avant les premiers symptômes cliniques (10).

Si les anti-CCP sont actuellement le meilleur outil diagnostique pour la polyarthrite rhumatoïde, ils ont également un grand intérêt pronostique. En effet, la présence d'ACPA est associée à tous les marqueurs de sévérité de la polyarthrite rhumatoïde: plus grand nombre d'articulations gonflées (arthrites), importance du syndrome inflammatoire au diagnostic, présence de signes extra-articulaires, risque plus élevé de progression des destructions articulaires et donc de handicap. C'est donc très logiquement que la présence et le taux de ces autoanticorps ont été intégrés dans les nouveaux critères diagnostiques de la polyarthrite rhumatoïde.

La détermination associée des anticorps anti-CCP et du FR pourrait augmenter la valeur prédictive positive par rapport à la détermination d'un seul test. Enfin, comme pour le FR on a mis en évidence des anticorps anti-CCP dans le sérum de patients des mois et même des années avant le début de la PR.

### Les examens complémentaires à demander devant tout rhumatisme inflammatoire débutant :

- un facteur rhumatoïde notamment IgM par tests de type ELISA ou néphélométrie (les tests d'agglutination n'étant plus actuellement recommandés) ;
- des anticorps anti-CCP (ACPA) ;
- un syndrome inflammatoire notamment par la vitesse de sédimentation globulaire et le taux de CRP.

### Et dans le cadre du diagnostic différentiel d'une PR, on demande en règle:

- la recherche d'anticorps antinucléaires (et notamment de type anti-DNA natif pour le lupus) ;
- l'examen du liquide synovial si arthrite du genou ;
- un hémogramme (la leuco-lymphopénie pouvant être évocatrice d'un lupus...) ;
- une protéinurie/hématurie par bandelette urinaire (formes rares inaugurales de vascularites de type Wegener) ;
- une créatininémie (néphropathie secondaire/ associée) ;
- des transaminases (manifestations articulaires des hépatites virales) ± uricémie ;

### Le bilan initial systématique d'imagerie doit comprendre :

- des radiographies standard des mains et des poignets de face, des pieds de face et de trois quarts ;
- radiographies standard des articulations symptomatiques.
- une radiographie de thorax (diagnostic différentiel de rares formes rhumatologiques de sarcoïdose, de polyarthrites paranéoplasiques...).
- en cas de doute, il est possible de rechercher des synovites et/ou des érosions par des examens plus sensibles tels que l'échographie articulaire ou l'IRM à la recherche notamment des érosions infra radiographiques dans le cadre de l'évaluation de la polyarthrite débutante

## CRITÈRES DE CLASSIFICATION ACR ET EULAR 2010

L'objectif des critères de classification de l'*American College of Rheumatology* (ACR) élaborés en 1987 consistait à la fois à préciser et à définir ce qu'était une polyarthrite rhumatoïde établie en présence d'au moins 4 critères sur 7, la sensibilité pour le diagnostic de polyarthrite rhumatoïde est de 91,2 %, et la spécificité de 89,3 %. En réalité, l'intérêt principal de ces critères est d'homogénéiser les groupes de patients dans le cadre d'études cliniques. Cependant, ils comportent deux inconvénients majeurs : d'une part, ils risquent de faire porter le diagnostic de polyarthrite rhumatoïde à tort à l'échelon individuel puisqu'ils ne sont que des critères de classification; d'autre part, leur capacité diagnostique est limitée, voire mauvaise lorsqu'ils sont appliqués à des sujets atteints d'arthrite débutante car ces critères ne comportent pas d'éléments de diagnostic différentiel et n'incluent pas les anticorps antiprotéines citrulinées (ACPA) qui sont maintenant demandés en routine par les rhumatologues pour leur grande spécificité dans la polyarthrite rhumatoïde.

Les nouveaux critères ACR/EULAR 2010 (Figure 3 et tableau 1) ont été élaborés dans un but diagnostique afin d'identifier, parmi les patients ayant une polyarthrite récente, ceux qui vont évoluer vers une polyarthrite chronique évolutive, justifiant un traitement de fond très précoce par méthotrexate ou un équivalent pour ralentir le processus érosif, ils prennent en compte le nombre et la taille par site des articulations atteintes. Ils prennent en compte les ACPA en plus du FR ainsi que leur taux.

Les moyens d'imagerie (échographie articulaire, IRM) peuvent aider au compte articulaire. Ils ne prennent plus en compte le caractère symétrique jugé non discriminant, les nodules et les anomalies radiographiques jugées trop tardives. Ils ne sont applicables qu'après exclusion d'autres diagnostics définis, leur sensibilité est de 57,9%, et leur spécificité de 88,8%.

Certaines conditions sont préalablement nécessaires avant d'appliquer ces nouveaux critères. La première consiste à affirmer par un expert l'existence d'au moins une synovite clinique (éventuellement confirmée à l'aide des techniques d'imagerie telles que l'échographie ou l'imagerie par résonance magnétique). Il faut ensuite éliminer d'autres diagnostics évidents avant de pouvoir appliquer ces nouveaux critères, comme les infections, les arthrites microcristallines, les spondylarthrites, les connectivites (lupus), les vascularites, les rhumatismes paranéoplasiques.

En cas de lésions radiographiques typiques sur les radiographies standard, la polyarthrite est directement classée polyarthrite rhumatoïde, sans avoir recours à ces critères. Dans le cas contraire, ces critères sont utilisés. Un patient répond aux critères ACR/EULAR 2010 si le score obtenu est d'au moins 6 (11).

L'intérêt majeur de ces critères est donc leur aspect pratique, car la décision d'introduire un traitement de fond est parfois difficile. Le terme « atteinte articulaire » correspond à une articulation gonflée ou douloureuse à la pression. Les articulations interphalangiennes distales, premières métatarsophalangiennes (MTP) et premières MCP sont exclues, car difficiles à évaluer en raison de la fréquence de l'atteinte arthrosique de ces articulations. Il s'agit d'une atteinte clinique d'abord, mais l'imagerie médicale peut être utilisée à visée de confirmation.

– Les petites articulations incluent les MCP, IPP, MTP (de 2 à 5), interphalangiennes des pouces et les poignets. Les articulations grosses ou moyennes correspondent aux épaules, coudes, hanches, genoux et chevilles.

- Pour la sérologie, un résultat négatif est inférieur à la norme définie par le laboratoire. Un titre faible est un taux inférieur ou égal à 3 fois la borne supérieure de la norme du laboratoire. Au delà de 3 fois la normale, il s'agit d'un titre élevé. Au cas où seule la notion de « positivité » est indiquée, le titre est considéré comme faible.
- Pour le syndrome inflammatoire, les normes des laboratoires définissent le caractère « normal » ou « anormal ».
- La durée des symptômes se définit par la durée d'évolution maximale retenue par le patient concernant les articulations symptomatiques le jour de l'évaluation.
- La définition de l'érosion typique permettant une classification directement en polyarthrite rhumatoïde sans passer par l'utilisation de ces critères fait actuellement l'objet de travaux.

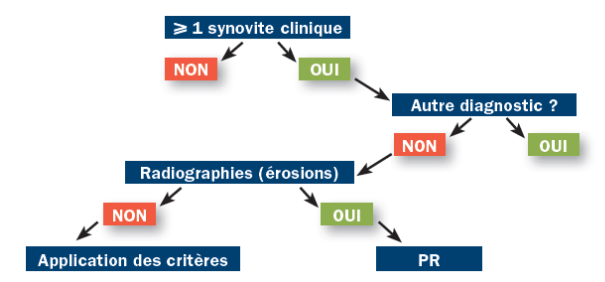


Figure 3 : conditions d'application des critères ACR/EULAR 2010

Tableau 1 : critères ACR/EULAR 2010.

	Score
<b>A- Atteinte articulaire</b>	
1 grosse articulation	0
2-10 grosses articulations	1
1-3 petites articulations	2
4-10 petites articulations	3
> 10 articulations	5
<b>B- Sérologie</b>	
FR et ACPA négatifs	0
Faible positivité (FR ou ACPA)	2
Forte positivité (FR ou ACPA)	3
<b>C- Syndrome inflammatoire</b>	
CRP et VS normales	0
CRP ou VS anormale	1
<b>D- Durée des symptômes</b>	
< 6 semaines	0
≥ 6 semaines	1

Seuil : 6/10

## ÉVOLUTION DE LA PR

L'évolution de la PR est très variable d'un patient à l'autre. Il existe des formes sévères avec soit des atteintes viscérales pouvant mettre en jeu le pronostic vital, soit des destructions articulaires rapides sources d'un handicap fonctionnel important. A l'opposé la PR peut être bénigne (20% à 30%) pouvant soit guérir complètement soit entraîner peu ou pas de gêne fonctionnelle, avec des lésions radiographiques et des déformations minimales, voire inexistantes même après de longues années d'évolution. Dans l'évolution habituelle, l'atteinte articulaire s'étale sur de nombreuses années mais il existe certaines formes graves où cette évolution est beaucoup plus rapide, aboutissant en un à deux ans à une polyarthrite généralisée, très inflammatoire, souvent très

destructrice (10% à 20%). Ce sont souvent ces formes qui se compliquent de vascularites et de manifestations extra-articulaires graves.

Des rémissions sont fréquentes au cours de la PR (12). Elles surviennent surtout au début de la maladie et peuvent durer de quelques mois à plusieurs années. Avec les nouvelles thérapeutiques la rémission peut être envisagée chez près de la moitié des patients.

### FACTEURS PRONOSTIQUES D'UNE PR RÉCENTE

La notion de bénignité et de sévérité d'une PR n'a pas de définition unanimement admise, pour certains la sévérité d'une PR est définie en fonction de la mort du patient, ou de la survenue de manifestations extra-articulaires, ou de l'importance de la dégradation cartilagineuse et osseuse.

Cependant Le degré de handicap fonctionnel (évalué par le HAQ) et les lésions radiologiques sont les critères les plus fréquemment utilisés et probablement les plus pertinents pour le moment bien de tels scores reflètent en fait à la fois le handicap fonctionnel irréversible (lié aux destructions et aux déformations articulaires) et l'activité de la maladie au moment même où ils sont réalisés.

Dans la majorité des études la sévérité de la PR fait référence soit au degré de handicap, soit au développement de lésions radiographiques (progression radiographique) :

**La progression radiographique** : de nombreuses études (13) ont été consacrées à la recherche de ces facteurs de mauvais pronostic (synonyme de progression radiographique) :

- âge jeune au début ;
- nombre de synovites élevé ;
- importance du syndrome inflammatoire initial et notamment de l'élévation de la CRP ;
- présence (et titre élevé) de facteurs rhumatoïdes et/ou d'anticorps anti-CCP (ACPA) ;
- présence de certains allèles HLA DR B1 (et notamment allèles\*04) ;
- présence précoce (et progression rapide) de signes radiographiques.
- l'importance du délai diagnostique et le retard à l'initiation du premier traitement de fond ;
- la non-réponse au premier traitement de fond.

C'est ainsi qu'est apparue la notion de « patients rapidement progressifs » : patients définis comme ayant sur un an une progression du score radiographique total de Sharp de plus de 5 unités (le score de Sharp est un score codifié qui analyse les pincements articulaires et les érosions, allant de 0 à une valeur maximale de 448). Ainsi, à l'image de l'évaluation du risque de décès par accidents cardiovasculaires grâce aux matrices dites de Framingham ou E-Score, diverses matrices de prédiction ont été élaborées dans la PR, soit à partir d'études contrôlées, soit à partir de cohortes observationnelles telle que la cohorte observationnelle française ESPOIR (14). Cette matrice (**tableau 2**) de prédiction de la progression radiographique rapide (PRR) sous traitement de fond classique (MTX ou léflunomide) prend en compte la présence ou non d'érosions osseuses au début de la maladie, le nombre d'articulations gonflées (SJC), la présence ou non d'anticorps anti-CCP (ACPA) et la valeur de la CRP. Ces outils peuvent être particulièrement utiles pour déterminer notamment le recours précoce aux biomédicaments.

En pratique quotidienne, l'évaluation du pronostic structural repose d'abord et avant tout sur la réalisation régulière de simples radiographies standard: radiographies standard des

mains, des poignets et des avant-pieds. Le rythme de surveillance radiographique est de six mois au cours de la première, voire des deux premières années, puis annuelle pendant trois à cinq ans. L'évaluation de la progression radiographique en pratique quotidienne ne repose pas sur des scores définis, comme le score de Sharp modifié par van der Heijde, mais sur une évaluation globale de la progression ou non.

**Tableau 2** : PR et « PRR » : la matrice de la cohorte « ESPOIR »

		Absence d'érosion typique			Présence d'érosion typique			Risque PRR
		SJC < 14	14 ≤ SJC < 20	SJC ≥ 20	SJC < 14	14 ≤ SJC < 20	SJC ≥ 20	
ACPA +	CRP ≥ 33	0,13	0,15	0,35	0,38	0,41	0,69	
	4 ≤ CRP < 33	0,12	0,13	0,33	0,36	0,39	0,67	> 40 %
	CRP < 4	0,05	0,06	0,18	0,19	0,22	0,47	> 20 %
ACPA -	CRP ≥ 33	0,04	0,05	0,14	0,16	0,18	0,41	> 10 %
	4 ≤ CRP < 33	0,04	0,05	0,13	0,14	0,16	0,39	< 10 %
	CRP < 4	0,02	0,02	0,06	0,07	0,08	0,21	

### Le risque cardiovasculaire

À côté de cette évaluation radiographique, de nombreuses données ont précisé ces dernières années l'importance dans la PR d'une surmortalité d'origine cardiovasculaire (15), fréquemment chez ces patients on retrouve les classiques facteurs de risque cardiovasculaires (hypertension artérielle, hypercholestérolémie ...). Certains facteurs y sont intégrés, ils sont dits non traditionnels, dont l'importance du syndrome inflammatoire systémique chronique.

La PR est ainsi aujourd'hui considérée comme un facteur de risque cardiovasculaire à part entière. Quelques études ont montré que le risque d'accidents cardiovasculaires au cours de la PR était absolument comparable à celui observé au cours d'un diabète de type 2! Aujourd'hui, l'évaluation du risque cardiovasculaire fait donc partie intégrante de l'évaluation pronostique de la PR. Cette évaluation doit conduire à la prévention de tous les facteurs de risque dits corrigibles (HTA, dyslipidémie).

### Facteurs pronostiques biologiques et génétiques

Les paramètres biologiques de l'inflammation (VS, CRP) sont parmi les meilleurs facteurs pronostiques de l'évolution radiologique d'une PR débutante. Les FR sériques semblent être également de bons marqueurs pronostiques (16), pour certains le facteur rhumatoïde IgA est le test le plus annonciateur de l'évolution ultérieure d'une PR, pour d'autres il s'agit du facteur rhumatoïde IgM. Pour certains auteurs, le titre de facteur rhumatoïde serait également plus important que la notion de séropositivité.

Des marqueurs biochimiques ont également été proposés tels que les anomalies de la sulfoxydation, des marqueurs du métabolisme du cartilage ou du métabolisme osseux et des métalloprotéases comme MMP-3 qui semblent particulièrement associés à la sévérité radiologique de la PR. Ces tests ne sont cependant pas utilisables en pratique courante et leur valeur exacte reste à préciser.

### CONCLUSION

Le diagnostic et la prise en charge de la PR doivent être faits aussi précocement que possible car, à ce stade, le traitement a le plus de chances d'être efficace, son diagnostic est avant

tout clinique et immunologique (anti CCP et/ou FR) et repose sur un faisceau d'arguments. Son diagnostic est facilité par de nouveaux critères de classification (et probablement de diagnostic) qui viennent d'être élaborés et publiés en 2010 par l'ACR et l' EULAR.

La PR est une maladie très hétérogène dont l'évolution est extrêmement variable d'un patient à l'autre. La sévérité de la PR s'apprécie sur l'importance des dégâts articulaires évalués sur les radiographies standards, sur l'importance du handicap fonctionnel et sur la survenue des manifestations extra-articulaires.

Actuellement certains facteurs prédictifs de l'évolution vers une PR sévère ont été établis dont il faut tenir compte lors de la prise en charge initiale des patients : Activité de la maladie, syndrome inflammatoire biologique, facteur rhumatoïde, anticorps anti-CCP, lésions radiographiques initiales.

**Déclaration d'intérêts :** l'ensemble des auteurs ne déclarent pas de conflits d'intérêt en rapport avec cet article.

## RÉFÉRENCES

- Goldbach R, Lipsky PE. New concepts in the treatment of rheumatoid arthritis. *Annu Rev Med* 2003;54:197-216
- Lee DM, Weinblatt ME. Rheumatoid arthritis. *Lancet* 2001;358:903-11.
- Anderson JJ, Wells G, Verhoeven AC, Felson DT. Factors predicting response to treatment in rheumatoid arthritis. *Arthritis Rheum* 2000 Jan;43(1):22-9.
- Lard LR, Visser H, Speyer I, et al. Early versus delayed treatment in patients with recent-onset rheumatoid arthritis : comparison of two cohorts who received different treatment strategies. *Am J Med* 2001;111:446-451
- Huizinga TWJ, Machold KP, Breedveld FC, et al. Criteria for early rheumatoid arthritis. *Arthritis Rheum* 2002;40:1155-1159
- Combe B, Landewe R, Lukas C, et al, EULAR evidence recommendations for the management of early arthritis. Report of a task force of the European Standing Committee for International Clinical Studies Including Therapeutics. *Ann Rheum Dis* 2007; 66:34-45
- Emery P, Breedveld F, Dougados M, et al. Early referral recommendation for newly diagnosed rheumatoid arthritis: evidence based development of a clinical guide. *Ann Rheum Dis*. 2002 April; 61(4): 290-7.
- Saraut A, Maillefert JF, Fautrel B, et al. Laboratory and imaging studies used by French rheumatologists to determine the cause of recent onset polyarthritis without extra-articular manifestations. *Ann Rheum Dis*. 2002 Jul;61(7):626-9.
- Vincent C, Nogueira L, Clavel C, Sebbag M, Serre G. Autoantibodies to citrullinated proteins: ACPA. *Autoimmunity* 2005;38:17-24
- Nielen MM, van Schaardenburg D, Reesink HW, et al. Specific autoantibodies precede the symptoms of rheumatoid arthritis: a study of serial measurements in blood donors. *Arthritis Rheum* 2004;50:380-6.
- Cader MZ, Filer A, Hazlehurst J, de Pablo P, Buckley CD, Raza K. Performance of the 2010 ACR/EULAR criteria for rheumatoid arthritis: comparison with 1987 ACR criteria in a very early synovitis cohort. *Ann Rheum Dis* 2011;70:949-55.
- Gossec L, Dougados M, Goupille P, et al. Prognostic factors for remission in early rheumatoid arthritis : a multiparameter prospective study *Ann Rheum Dis* 2004;63:675-680
- van der Heijde DM, van Riel PL, van Leeuwen MA, et al. Prognostic factors for radiographic damage and physical disability in early rheumatoid arthritis. A prospective follow-up study of 147 patients. *Br J Rheumatol* 1992;31:519-25.
- Fautrel B, Granger B, Combe B. Matrix to predict rapid radiographic progression of early rheumatoid arthritis patients from the community treated with methotrexate or leflunomide: results from the ESPOIR cohort. *Arthritis Res Ther* 2012;14:R249.
- Pham T, Gossec L, Constantin A, et al. Cardiovascular risk and rheumatoid arthritis: clinical practice guidelines based on published evidence and expert opinion. *Joint Bone Spine* 2006 ;73:379-87.
- Combe B, Dougados M, Goupille P, et al. Prognostic factors for radiographic damage in early rheumatoid arthritis. A multiparameter prospective study. *Arthritis and Rheumatism* ,2001 ;44 : 1736-1743

Cet article a été publié dans le « *Batna Journal of Medical Sciences* » **BJMS**, l'organe officiel de « *l'association de la Recherche Pharmaceutique – Batna* »

Le contenu de la Revue est ouvert « Open Access » et permet au lecteur de télécharger, d'utiliser le contenu dans un but personnel ou d'enseignement, sans demander l'autorisation de l'éditeur/auteur.

Avantages à publier dans **BJMS** :

- Open access : une fois publié, votre article est disponible gratuitement au téléchargement
- Soumission gratuite : pas de frais de soumission, contrairement à la plupart des revues « Open Access »
- Possibilité de publier dans 3 langues : français, anglais, arabe
- Qualité de la lecture : des relecteurs/reviewers indépendants géographiquement, respectant l'anonymat, pour garantir la neutralité et la qualité des manuscrits.

Pour plus d'informations, contacter [BatnaJMS@gmail.com](mailto:BatnaJMS@gmail.com) ou connectez-vous sur le site de la revue : [www.batnajms.com](http://www.batnajms.com)



Batna Journal of  
Medical Sciences

