



Brèves de l'EULAR 2015

Polyarthrite rhumatoïde – hors traitement

Sabrina Haid (Alger – Algérie)



Correspondance à :
Sabrina HAID
haid-sabrina@hotmail.fr

Résumé

Le diagnostic de la PR demeure un diagnostic clinique basé sur le jugement par un clinicien expérimenté. Néanmoins, les critères de classification récemment révisés sont largement utilisés à des fins diagnostiques. Plusieurs études ont examiné leur performance dans la « vraie vie » et ont surtout confirmé qu'ils ont de bonnes propriétés métriques et qu'ils semblent appuyer l'un des objectifs explicites dans leur dérivation, à savoir permettre un diagnostic plus précoce chez le patient présentant une symptomatologie récente. L'utilisation croissante des biomarqueurs est explorée comme un complément à l'évaluation clinique. Dans des études récentes, on a démontré que les biomarqueurs sont utilisés pour évaluer l'activité de la maladie et pour estimer les patients à risque de progression radiographique (Hambardzumyan, 2014). De plus, de données suggérant que cela peut aider dans le choix de certaines thérapeutiques. L'utilisation croissante de l'échographie musculosquelettique dans la pratique rhumatologique commence à faire sentir son impact sur le processus de diagnostic. En résumé, bien que le diagnostic et l'évaluation de la PR restent des défis cliniques avant tout, les technologies et les biomarqueurs vont de plus en plus aider le clinicien à prendre des décisions optimales. De plus, dans la prise en charge de cette maladie, en plus de l'aspect inflammatoire et l'activité qui sont les principales cibles de la thérapeutique, différentes mesures sont à considérées dans la prise en charge du patient afin de permettre une insertion sociale. L'accent a été mis sur les comorbidités et la fatigue.

La rémission dans la polyarthrite rhumatoïde

L'obtention de la rémission est devenue l'objectif thérapeutique majeur de toutes les stratégies actuelles, mais quels sont les facteurs permettant de maintenir la rémission ? Une étude incluant 868 patients avait pour objectif de rechercher les facteurs associés à la rémission, et ceux permettant de la maintenir. Le suivi s'est fait sur 5 années, les malades ont été vu à T0, puis à 1, 2, 3, 4 et 5 ans, des paramètres cliniques, biologiques ont été étudiés, les patients ont été classés comme n'ayant jamais atteints la rémission s'ils ne l'étaient pas à toutes les évaluations, En rémission prolongée s'ils étaient en rémission à plus de 3 dates anniversaires consécutives, et en rémission intermittente autrement. Ainsi, en analyse univariée, le sexe féminin, le nombre important d'articulations touchées (douloureuses ou gonflées) des scores élevés du DAS 28 et du HAQ, le taux élevé de CRP, la présence d'au moins une comorbidité (HTA, obésité, dépression) étaient associés à un taux faible de rémission. En analyse multivariée, le sexe féminin, un nombre élevé d'articulations douloureuses, CRP, DAS 28, HAQ, HTA, le délai de traitement (le temps entre l'apparition des symptômes et l'instauration du premier DMARDs) étaient significativement liés à un niveau bas du taux de la rémission. Ainsi les facteurs cliniques, biologiques et démographiques et les comorbidités sont à prendre en compte dans la prise en charge des patients afin d'améliorer le traitement de la polyarthrite rhumatoïde.

Qualité de vie chez les patients atteints de polyarthrite rhumatoïde

La polyarthrite rhumatoïde est fortement associée à une altération de la qualité de vie et à une diminution des capacités physiques, à travers - entre autres - la fatigue. **La fatigue** a des effets de grande envergure sur l'état de santé du patient atteint de polyarthrite rhumatoïde ; celle-ci souvent négligée lors de la prise en charge médicale. En effet, dans une étude présentée à l'EULAR, 2029 patients ont été interrogés au Royaume-Uni, 87% d'entre eux en souffrent de façon quotidienne et chronique, plus de 50% étaient au chômage causé par cette fatigue et 24% ont du changer d'emploi. La fatigue chronique a été responsable d'arrêts de travail et de changement de poste. La fatigue a un impact important sur la santé mentale, 90% ont déclaré un état de déprime permanent en raison de l'incapacité à vivre normalement : difficulté de prendre part aux activités familiales, effet sur la vie sexuelle, etc. Les professionnels de santé négligent cette partie de la maladie et de ce fait, les mesures actuelles de la prise en charge du patient atteint de polyarthrite rhumatoïde devraient prendre en considération, mesurer, et traiter cet état de fatigue. Des stratégies d'éducation des patients et l'auto-gestion devraient être une priorité tout autant que le médicament. **L'identité masculine** : la polyarthrite rhumatoïde est une maladie à prédominance féminine ; l'atteinte masculine a été un peu négligée vu la moindre fréquence chez ce sexe (rapport 3/1), *How Are Men Living With Rheumatoid Arthritis* a été une

Pour citer l'article :

Haid S. Brèves de l'EULAR 2015. Polyarthrite rhumatoïde – hors traitement. *Batna J Med Sci* 2015;2:S4-S6.

étude menée pour comprendre les stratégies d'adaptation des hommes face à cette maladie chronique. 17 hommes atteints de polyarthrite rhumatoïde (moyenne d'âge 58 ans avec des extrêmes de 33 et 70 ans) ont été interrogés ; l'analyse a révélé qu'en plus du retard diagnostique chez cette catégorie de patients, cette maladie affectait l'insertion sociale du patient, elle avait un impact sur la façon dont les hommes se définissaient comme partenaires, et de leur identité masculine. La conservation d'une bonne condition physique a été soulignée comme un élément important d'être un homme. Source d'invalidité, la maladie est source de handicap progressif rendant l'adaptation à la vie quotidienne plus difficile pour le sexe masculin.

Influence de l'indice de masse corporelle (IMC) sur la maladie

Obésité et risque de développer une polyarthrite rhumatoïde

L'étude cas-témoin faite a concerné 550 patients souffrant de polyarthrite rhumatoïde et 1650 contrôles, appariés pour l'âge et le sexe ; le mode d'habitation a été choisi au hasard. L'obésité définie par un IMC > 30 était associée à un risque accru de développer une PR [OR : 1,4 (1,1 - 1,9)] par rapport à ceux ayant un poids normal (IMC 18,5 - 25). L'association obésité-PR était plus forte dans le sexe masculin. Stratifier sur l'âge de début des symptômes a permis de montrer que l'association a été significative uniquement dans le quartile avec un début précoce de la maladie (32-50 ans). Donc, l'obésité serait associée à une augmentation du risque de développer une polyarthrite rhumatoïde.

L'influence de La perte de poids chez les obèses atteints de PR :

L'obésité a été associée au risque de développer la maladie, à plus de gravité mais également à la mauvaise réponse au traitement. L'objectif de ce travail a été d'évaluer le niveau d'activité de la polyarthrite rhumatoïde chez les obèses, mais également étudier l'influence de la perte de poids sur celle-ci. 64 patients obèses (IMC > 30) atteints de polyarthrite rhumatoïde traités selon la stratégie T2T, ont subi un régime visant à une perte de poids de plus de 5% à 6 mois. La thérapeutique n'a pas été modifiée (corticoïdes, DMARDs, biologiques). Le niveau d'activité a été évalué par le DAS 44 et le SDAI. Au moment de l'évaluation (à T6), la réduction moyenne de la masse corporelle était de 6,6 ± 5,5% et celle du DAS était de 25 ± 28,5% (DAS T6 : 2 ± 0,7 ; P<0,01 vs DAS T0). Les patients à T6 ont montré une amélioration significative du SDAI par rapport au niveau de référence (p<0,01), du nombre d'articulations douloureuses (p<0,01) ou gonflées (p<0,01) et même des paramètres inflammatoires (VS p<0,001 CRP p=0,003). Dans un 2^{ème} temps, les patients ont été répartis en fonction du pourcentage de perte de poids à T6 ; ainsi, 60,1% des patients ont atteint un niveau supérieur à 5 % de réduction du poids initial et ont obtenu des taux beaucoup plus bas d'activité (évaluée par DAS et SDAI), les différences étaient encore plus significatives lors d'une réduction de poids supérieure à 10%. La perte de poids obtenue avec une alimentation contrôlée chez les obèses toujours actifs peut permettre un meilleur contrôle de la maladie sans changer la thérapeutique.

Impact de l'obésité sur l'activité de la maladie, la Progression radiographique dans une cohorte de EARLY Polyarthrite rhumatoïde : résultats de la cohorte espoir
Les études transversales Précédentes ont suggéré que

l'obésité chez les patients atteints de polyarthrite rhumatoïde a été associée à une activité élevée de la maladie, une mauvaise qualité de vie et des dégâts structuraux peu importants mais les études longitudinales en disent le contraire. Dans la cohorte ESPOIR, l'effet de l'obésité a été étudié et ce lors du diagnostic et au cours de l'évolution de la maladie en considérant l'activité de la maladie, le retentissement fonctionnel (HAQ) et la progression radiographique pendant les 3 premières années. 628 patients atteints de polyarthrite débutante, répondant aux critères de l'ACR/EULAR 2010 ont été analysés. Les caractéristiques de masse corporelle ont été comparées : poids normal (indice de masse corporelle [IMC] de 18,5 à 25), surpoids (25-30) et obèse (≥30 kg / m²). Le niveau du DAS28 (et ses composants), le HAQ, et le score de Sharp (et ses composants) ont été comparés entre les groupes IMC. 353 patients avaient un IMC normal; 178 patients étaient en surpoids et 97 étaient obèses, l'évaluation ANOVA a montré un lien significatif entre les groupes de l'IMC et l'activité de la maladie évaluée par le DAS28 (p = 0,0002) et l'échelle visuelle analogique (p = 0,002), une valeur plus importante de la vitesse de sédimentation (p = 0,012), HAQ plus important (p = 0,0001) pour les obèses (figure 1). Le *Total et l'erosion score* de Sharp ne différaient pas significativement entre les groupes, tandis que le score de pincement était significativement plus élevée chez les patients obèses (p = 0,016).

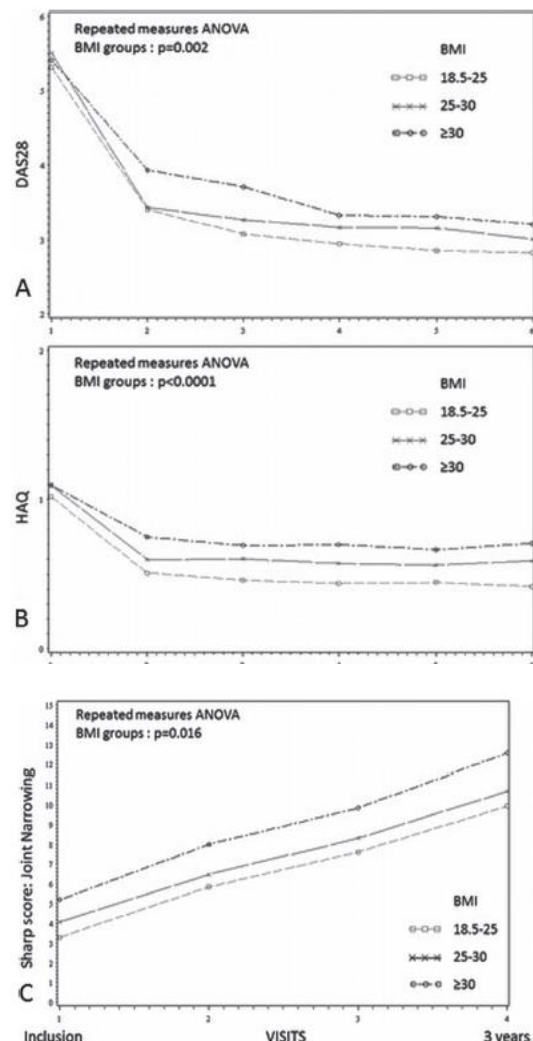


Figure 1 : évolution du DAS28 (A), du HAQ (B) et du score de Sharp (C) selon l'IMC.

Comorbidités dans la polyarthrite rhumatoïde

Cancers : Certaines études ont trouvé un risque plus élevé de néoplasie cervicale chez les patientes atteintes de polyarthrite rhumatoïde par rapport à la population générale. Ce risque a été évalué par une étude menée en Suède en comparant des patientes suivies pour polyarthrite rhumatoïde et naïves de traitement biologique, à un groupe témoin de population générale. L'analyse statistique a révélé un risque modérément plus élevé chez les polyarthritiques comparativement à la population générale de dysplasie du col utérin.

Pathologie cardiovasculaire : Les patients atteints de polyarthrite rhumatoïde (et d'autres maladies rhumatismales) ont un risque cardiovasculaire accru ; pour la PR, le risque est comparable à celui du diabète. Par conséquent, le dépistage et l'identification des facteurs de risque CV a été recommandé par le groupe EULAR.

L'anti CCP, facteur de risque cardiovasculaire

Dans la polyarthrite rhumatoïde, le taux de mortalité due à des maladies cardiovasculaires est considérablement plus élevé que dans la population générale, les anti CCP sont considérés comme responsables d'un état pré-athérogène, l'hypothèse est donc que l'anti CCP pourrait être un facteur de risque cardiovasculaire au cours de la maladie, et de la morbidité cardiovasculaire de 10 ans. Donc chez des patients atteints de polyarthrite rhumatoïde, l'incidence des événements cardiovasculaires a été recensée (IDM, HTA, AVC), et ce pendant dix ans d'évolution. Parmi les 947 patients inclus, 631 étaient anti-CCP positifs et 316 anti-CCP négatifs à l'inclusion, Dans le groupe positif anti-CCP, 77 (12,2%) ont connu un événement cardiovasculaire, soit mortel ou non, dans les 10 ans, comparativement à 42 (13,3%) dans le groupe négatif anti-CCP. Il en résulte un brut 10 ans ratio des taux de risque relatif (RR) de 0,92 [0,63 à 1,33]. Après ajustement pour le sexe, l'âge et le diabète, le Hazard ratio était de 1,18 [0,80 à 1,74]. Sept patients (1,1%) dans le groupe anti-CCP positif, comparativement à six patients (1,9%) dans le groupe anti-CCP négatif. Aussi, lors de l'analyse des titres d'anti-CCP, aucun rapport n'a été trouvé. Donc l'effet nocif cardiovasculaire de l'anti-CCP reste discuté