

Compte-rendus des exposés du 3 mars 2012 lors de la journée des affections inflammatoires rhumatismales à Braine-L'Alleud. Celui du dr Etienne Masquelier, «**La douleur chronique : comment la comprendre pour mieux la gérer au quotidien**» sur sera retranscrit dans le trimestriel de septembre.

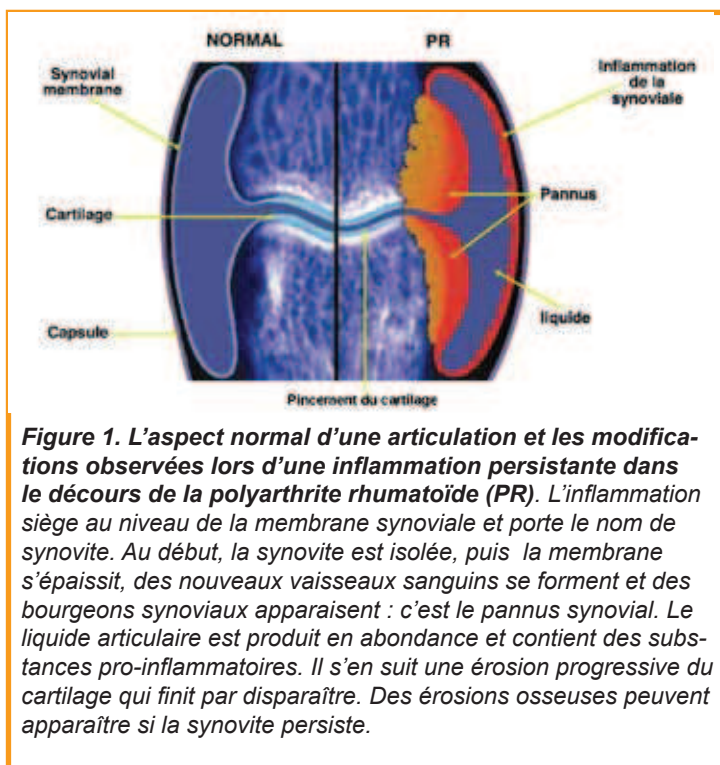
Un défi de la prise en charge de la polyarthrite rhumatoïde : détecter l'arthrite précoce

Anciennement appelée polyarthrite chronique évolutive, la polyarthrite rhumatoïde (PR) est une maladie hétérogène (syndrome) qui diffère d'un patient à l'autre dans sa présentation et son évolution. On estime que plus de 2,9 millions de personnes en Europe sont atteintes de polyarthrite rhumatoïde (PR), et que bon nombre d'entre elles font partie de la population active. De nombreuses personnes atteintes de cette maladie souhaitent conserver une activité professionnelle mais n'y réussissent pas parce que la maladie n'a pas été diagnostiquée ou traitée assez tôt.

L'inflammation peut débuter au niveau de l'articulation, plus précisément au niveau de la membrane qui tapisse l'articulation, appelée membrane synoviale ou au niveau de l'enveloppe du tendon, appelé gaine synoviale. La ténosynovite est l'inflammation de la gaine synoviale du tendon tandis que la synovite (arthrite) est l'inflammation de la membrane synoviale de l'articulation.

Sous l'effet de l'inflammation, la membrane synoviale fabrique plus de liquide que nécessaire à la lubrification de l'articulation ou du tendon. Le liquide s'accumule, la membrane synoviale s'épaissit, l'articulation enfle et devient douloureuse (Figure 1). Des nouveaux vaisseaux sanguins apparaissent et vont acheminer des cellules et des substances inflammatoires vers les articulations ou les tendons atteints.

Avec le temps, l'inflammation persistante peut endommager les structures articulaires, tendineuses et osseuses, rendant l'articulation fragile et beaucoup moins fonctionnelle. Les fissures tendineuses et les érosions osseuses, peuvent entraîner des déformations et à terme un handicap fonctionnel progressif. C'est pourquoi il est primordial de diagnostiquer et de traiter la polyarthrite rhumatoïde le plus tôt possible.



Le diagnostic clinique est souvent difficile à poser aux premiers stades de la maladie.

La recherche de marqueurs biologiques tels que le facteur rhumatoïde et les anticorps anti-peptides citrullinés est très importante mais ceux-ci ne sont présents que dans environ 70 % des patients. Les radiographies standard initiales sont souvent normales au moment du diagnostic. Les progrès réalisés en matière de diagnostic par l'imagerie permettent d'identifier les patients qui développeront une polyarthrite rhumatoïde avant même que les premiers signes cliniques ne se soient manifestés. L'échographie couplée à un examen Doppler et l'IRM (imagerie par résonance magnétique nucléaire) sont des examens permettant de détecter les modifications inflammatoires des articulations ou des tendons.

L'échographie musculo-squelettique est une méthode très intéressante dans la PR et elle couramment utilisée dans des nombreux centres européens rhumatologiques. A la différence des radiographies elle n'utilise pas les rayons X (donc il n'y a pas de danger « d'irradiation » cumulée dans le temps), mais des ondes ultrasonores. Ces derniers sont également utilisés lors de toute autre procédure échographique tel que l'échographie cardiaque, l'échographie abdominale, suivi des grossesses, etc.

Dans des mains expérimentées, l'échographie musculo-squelettique est un examen très performant pour visualiser l'inflammation (Figure 2) et les dégâts articulaires.

De plus, c'est un examen peu coûteux dont la disponibilité est bonne dans certaines centres. Dans notre expérience, elle peut faciliter un diagnostic précoce, permettant ainsi de détecter les synovites (Figure 2) et les tenosynovites infra-cliniques, c'est à dire non-détectables à l'examen clinique.

Elle est ainsi devenue une aide précieuse dans la démarche diagnostique de l'arthrite débutante et le suivi des patients atteints de polyarthrite rhumatoïde.

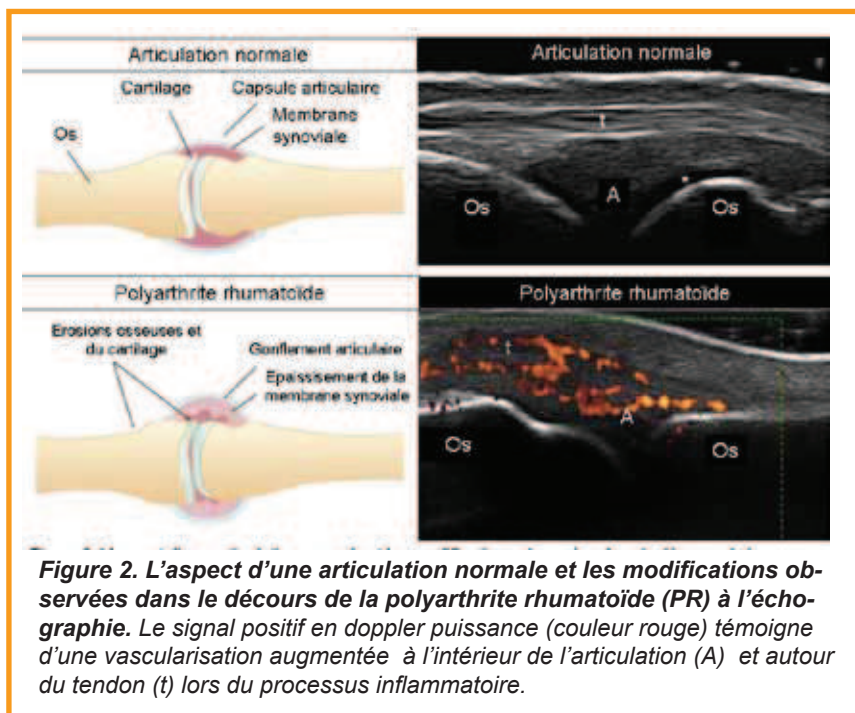


Figure 2. L'aspect d'une articulation normale et les modifications observées dans le décours de la polyarthrite rhumatoïde (PR) à l'échographie. Le signal positif en doppler puissance (couleur rouge) témoigne d'une vascularisation augmentée à l'intérieur de l'articulation (A) et autour du tendon (t) lors du processus inflammatoire.

De plus, de nombreuses études ont prouvé que plus la polyarthrite rhumatoïde est prise en charge tôt, plus grande sont les chances de ralentir, voire d'arrêter sa progression grâce aux traitements. Ainsi, un traitement débuté tôt augmente les chances de rémission et limite le risque de dégâts articulaires à moyen terme.

A retenir...

- La polyarthrite rhumatoïde (PR) est définie par la présence d'une polysynovite souvent agressive, aboutissant à la détérioration des articulations en particulier au niveau des mains et des pieds.
- L'activité de la PR est corrélée de façon étroite à l'inflammation de la membrane synoviale : cette synovite proliférative hypervascularisée entraîne des érosions osseuses.
- La prise en charge plus précoce et les nouveaux traitements induisent plus de rémission chez les patients atteints de polyarthrite rhumatoïde. Le dépistage et le diagnostic précoce sont essentiels.
- Parmi les nouvelles techniques d'imagerie, l'échographie est une aide précieuse car elle permet de détecter précocement les modifications inflammatoires et d'évaluer la sévérité potentielle de la maladie. Grâce à cet examen, les synovites et tenosynovites actives ainsi que les érosions osseuses non visibles sur les radiographies peuvent être mises en évidence.
- En quelques années, la prise en charge de la PR a complètement changé : la priorité est donnée au diagnostic et au traitement précoce. Des nouveaux traitements permettent aujourd'hui d'arrêter la cascade qui conduit de l'inflammation à la destruction de l'articulation.

Depuis quelques années, une nouvelle famille de produits est apparue : les biothérapies. Cette dénomination vient du fait qu'ils sont créés grâce à la biologie. Ainsi, on peut aujourd'hui faire synthétiser un anticorps dirigé spécifiquement contre une cible bien particulière suspectée dans le déclenchement ou l'entretien de la PR : molécules pro-inflammatoires (TNF, interleukines), cellules inflammatoires (lymphocytes B), etc. Ces traitements ne sont cependant indiqués à l'heure actuelle que dans les formes sévères et réfractaires. Leur utilisation précoce dans la polyarthrite débutante est possible grâce à des protocoles de recherche clinique en cours dans plusieurs centres rhumatologiques.

Ces dernières années, l'accent est mis sur l'importance d'un dépistage et d'un diagnostic précoces. Ils permettent aujourd'hui, avec les traitements dont disposent les rhumatologues, de contrôler dans la plupart des cas l'évolution de cette maladie, voire de l'arrêter.

Dr. Maria Stoenoiu
Cliniques Universitaires
Saint-Luc

