

Diagnostic et pronostic de la polyarthrite rhumatoïde

Pr Bernard Combe, CHU de Montpellier

La polyarthrite rhumatoïde (PR) est le plus fréquent des rhumatismes inflammatoires chroniques (0.3 à 0.8% de la population ; près de 300 000 malades en France) mais également le plus sévère, avec notamment un risque élevé d'érosions osseuses et de lésions du cartilage pouvant conduire à la destruction des articulations et à un handicap important. La PR peut être également grave par son retentissement général : fatigue, complications cardiovasculaires (aussi fréquentes que dans le diabète de type2) et diminution de l'espérance de vie.

Il est maintenant prouvé que **la mise en place précoce d'un traitement efficace** est une des meilleures garanties de prévenir ou de limiter une évolution défavorable dans la PR. La mise en place d'un traitement efficace rapidement nécessite donc un diagnostic précoce, avant la survenue de lésions articulaires irréversibles. Il a bien été montré dans plusieurs études scientifiques que tout retard à l'institution d'un traitement de fond efficace favorisait le développement de lésions articulaires au bout d'un, deux ou cinq ans et que tout retard pris à l'initiation de ce traitement ne pourrait pas se rattraper. Les recommandations internationales (EULAR) et françaises (HAS) insistent sur la nécessité du traitement et du diagnostic précoce dans cette maladie.

Un diagnostic précoce nécessite que le *patient soit adressé au plus vite à un rhumatologue spécialiste* dans les rhumatismes inflammatoires.

Il n'y a pas de critères diagnostiques formels de PR et il existe actuellement un consensus pour réaliser la démarche diagnostique en 3 temps :

1- *reconnaître un rhumatisme inflammatoire périphérique* pouvant être une PR débutante : ceci est très évocateur lorsqu'il existe au-moins 2 articulations gonflées,

une atteinte des mains ou des avant-pieds et un dérouillage matinal d'au-moins 30 mn.

2- *éliminer un autre rhumatisme inflammatoire défini.* (Lupus, Spondylarthropathies, Arthrites virales.....

3- *identifier les paramètres prédictifs d'une évolution vers une polyarthrite chronique et/ou érosive.* La PR est en effet une maladie très hétérogène avec des formes bénignes mais aussi des formes rapidement sévères et tous les extrêmes entre les 2. Le pronostic est donc très variable d'un patient à un autre et l'on dispose de certains paramètres permettant d'évaluer plus moins précisément ce pronostic.

Les meilleurs facteurs prédictifs d'une destruction articulaire ultérieure sont la mise en évidence d'érosions articulaires précoces sur les radiographies, l'importance de l'activité inflammatoire initiale articulaire mais surtout l'importance de l'activité inflammatoire biologique (vitesse de sédimentation, C-reactive protéine), la présence d'anticorps anti-protéines citrullinées (ACPA tel que les anticorps anti-CCP) et la présence notamment à titre élevé de facteur rhumatoïde.

La Haute Autorité de Santé (HAS) sur son site internet (www.has-sante.fr) a précisé l'ensemble de ces éléments de diagnostic et de prise en charge initiale.

Très récemment en 2009, les collèges américains et européens de rhumatologie (ACR, EULAR) ont précisé les critères permettant un diagnostic précoce de PR. Il s'agit d'une démarche en plusieurs temps comportant :

- tout d'abord l'identification d'une articulation gonflée témoignant de l'inflammation,
- l'élimination d'une autre affection pouvant expliquer ces articulations gonflées
- la visualisation d'une érosion radiographique typique de PR. Dans ce dernier cas, le diagnostic peut être affirmé.

- S'il n'y a pas d'érosion osseuse identifiable (radiographie normale), ce qui est le cas le plus fréquent, il est proposé des critères pondérés sur 10 points comportant :

- le nombre et le type d'articulations (petites ou grosses articulations) touchées, (0 à 5 points)
- la présence de facteur rhumatoïde ou d'ACPA (d'anti-CCP) (0 à 3 points)
- la présence d'une inflammation biologique (VS, CRP) (0 ou 1 point)
- la durée des symptômes (supérieure à 6 semaines) (0 ou 1 point)

S'il y a plus de 6 points sur ces critères, le diagnostic de PR peut être retenu.

Il reste maintenant à évaluer ces nouveaux critères en pratique courante pour vérifier qu'ils permettront bien un diagnostic plus précoce de la maladie