

Rôle du médecin traitant dans la prise en charge des rhumatismes inflammatoires

Dr Joël DAMIANO

Chef du service de Rhumatologie

Hôpital Saint-Camille

Un patient de 40 ans vient vous consulter pour une cheville gonflée et douloureuse depuis 3 semaines, sans aucun antécédent traumatique ni atteinte cutanée locale.

Que lui proposez-vous ?

(1 ou plusieurs réponses possibles)

Attendre une amélioration spontanée	9	17.3 %
Prendre des corticoides	7	13.5 %
Prendre un antibiotique	5	9.6 %
Une ponction articulaire après avis Rhumatologique	32	61.5 %
Je ne sais pas	8	15.4 %

Une patiente de 45 ans vient vous consulter pour des douleurs des mains et des poignets, symétriques, évoluant depuis 1 mois, sans facteur déclenchant ni signe associé. Elle en surcharge pondérale et l'examen clinique est difficile. Son bilan biologique montre l'absence de tout syndrome inflammatoire.

Quelles sont les propositions exactes :

Il ne s'agit pas d'un rhumatisme inflammatoire	6	11.5 %
Il s'agit peut-être d'un rhumatisme inflammatoire à prendre en charge dans les meilleurs délais.	35	67.3 %
Les radiographies simples nous montreront s'il s'agit d'un rhumatisme inflammatoire ou non	14	26.9 %
Une échographie ostéo articulaire réalisée par un Rhumatologue expert est l'examen le plus pertinent dans ce contexte	16	30.8 %
Je ne sais pas	3	5.8 %

N'attendons pas qu'il soit trop tard

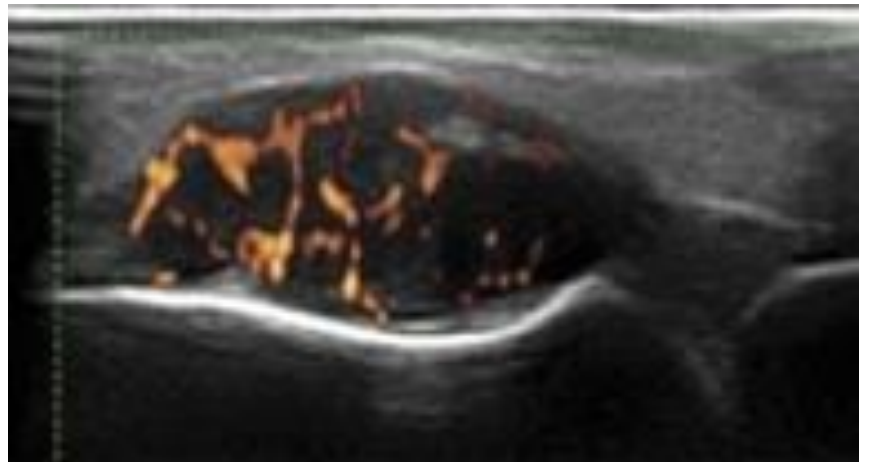
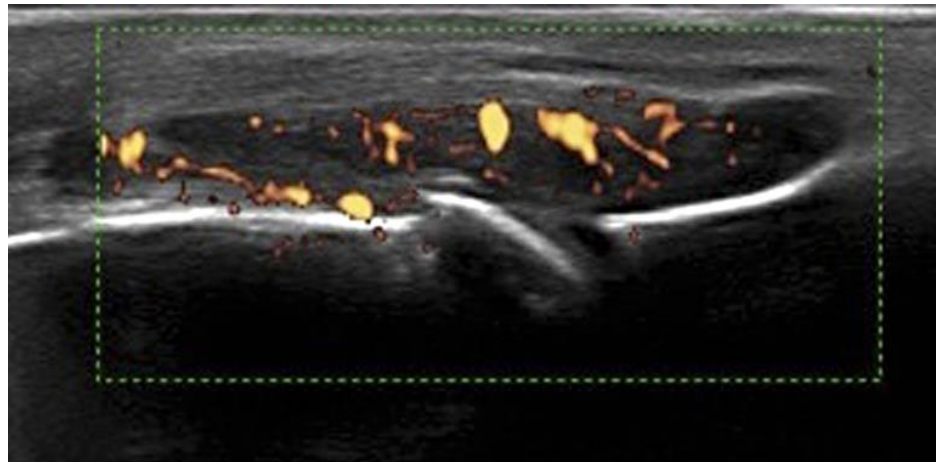
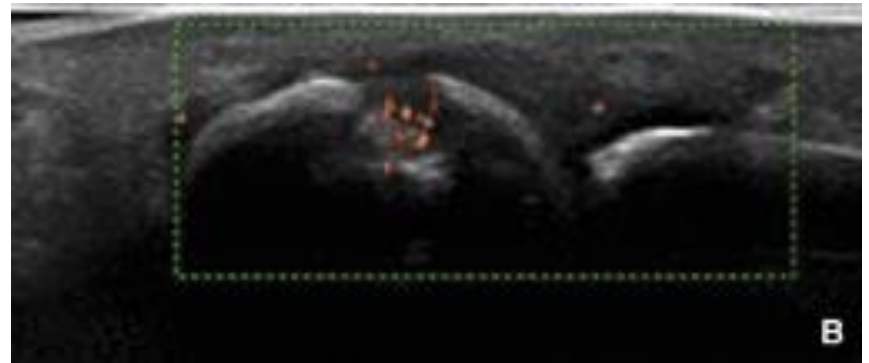
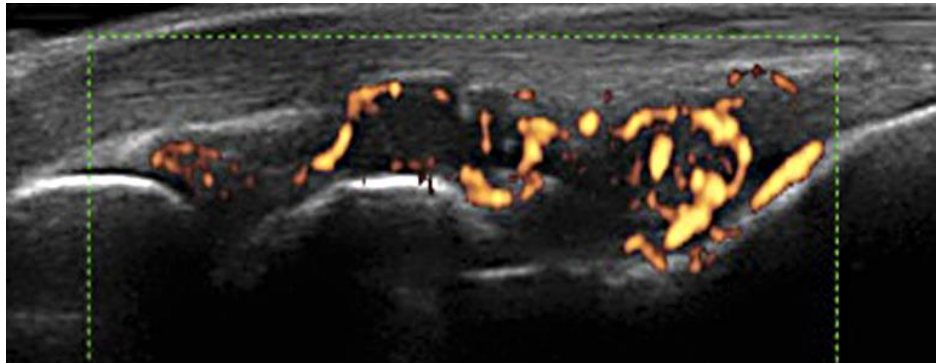
Polyarthrite rhumatoïde

Destructions articulaires





Intérêt de l'échographie +++







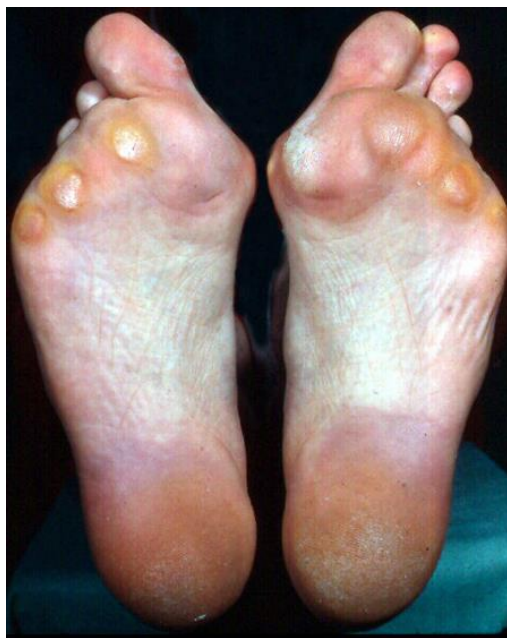
Avant-pied rond

Cofer

Avant-pied triangulaire



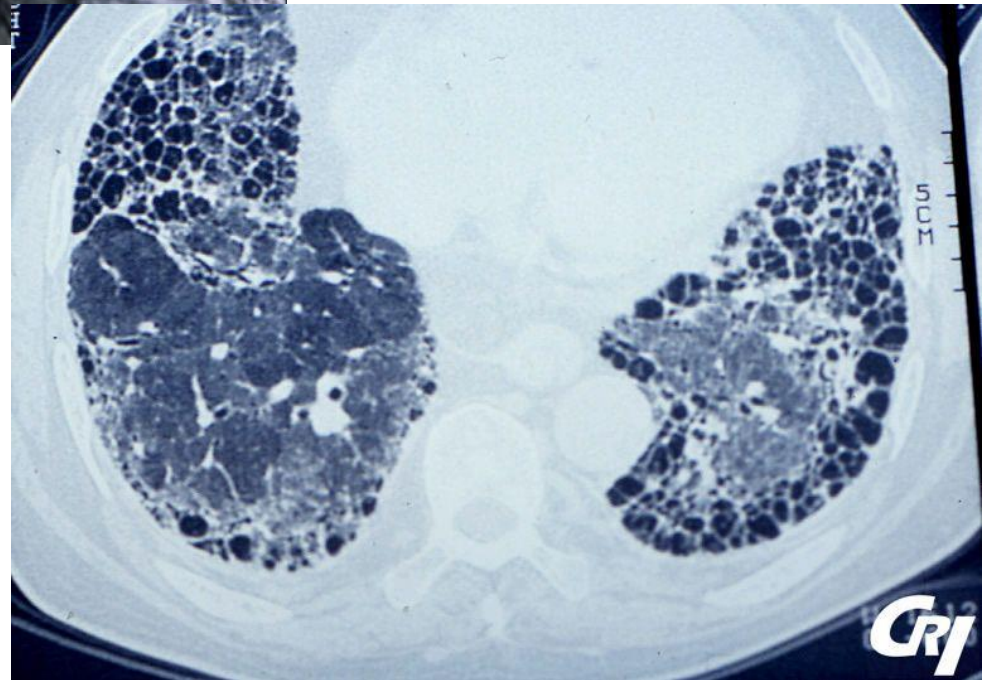
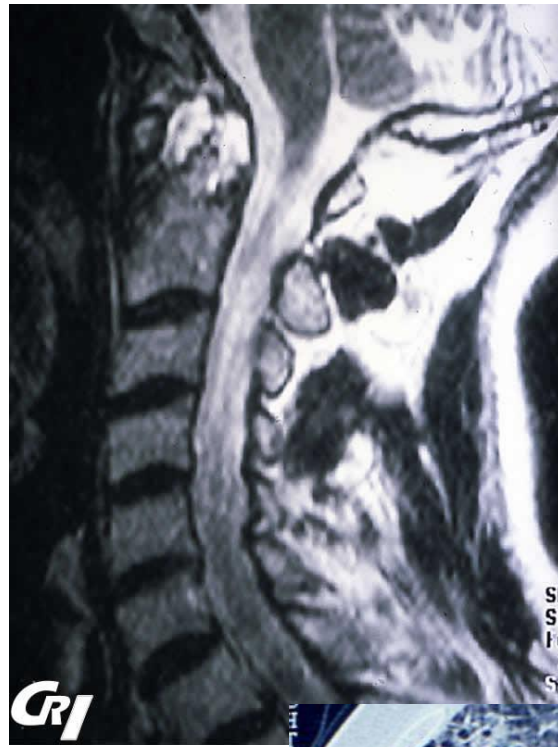
Cofer











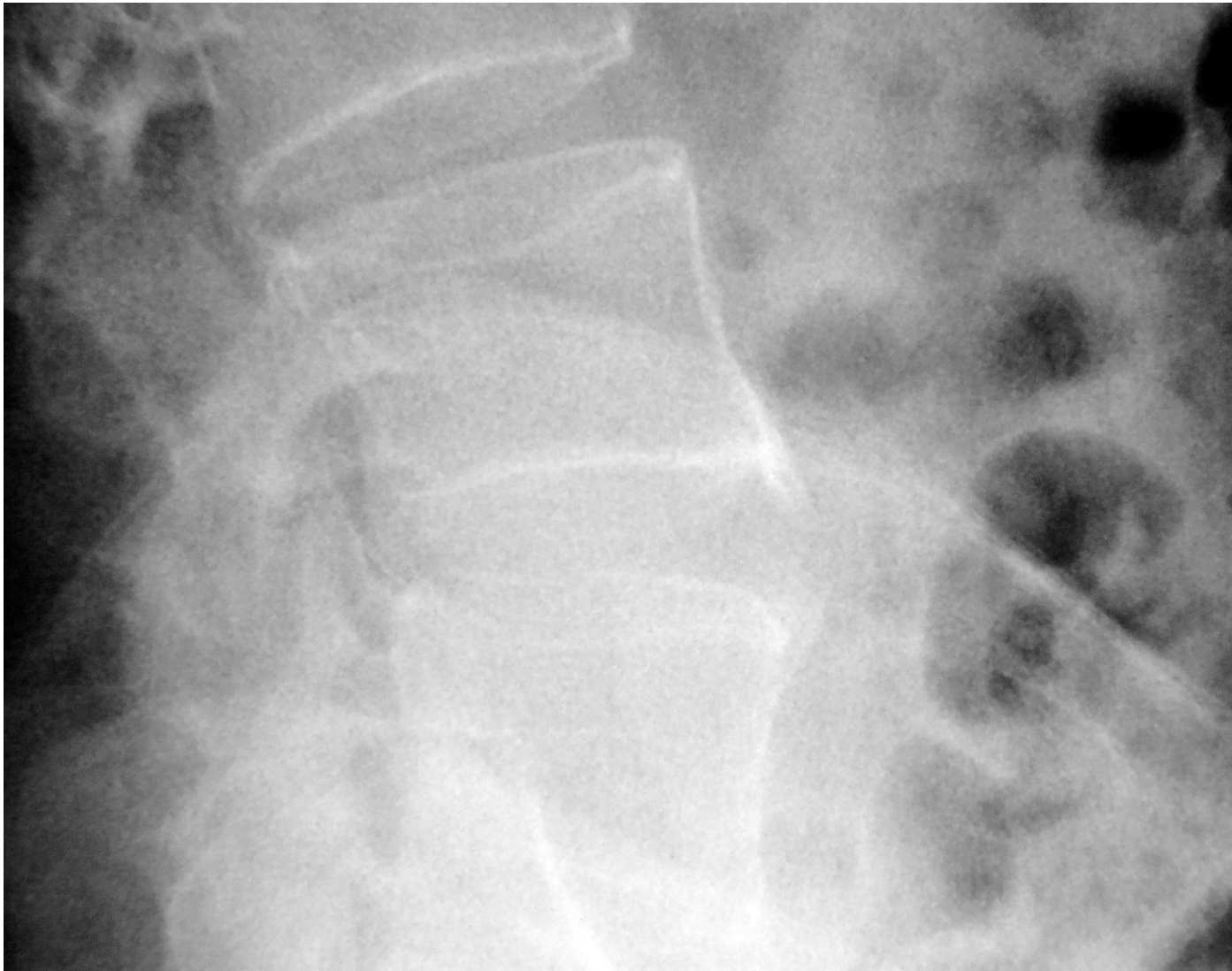


Vascularite rhumatoïde

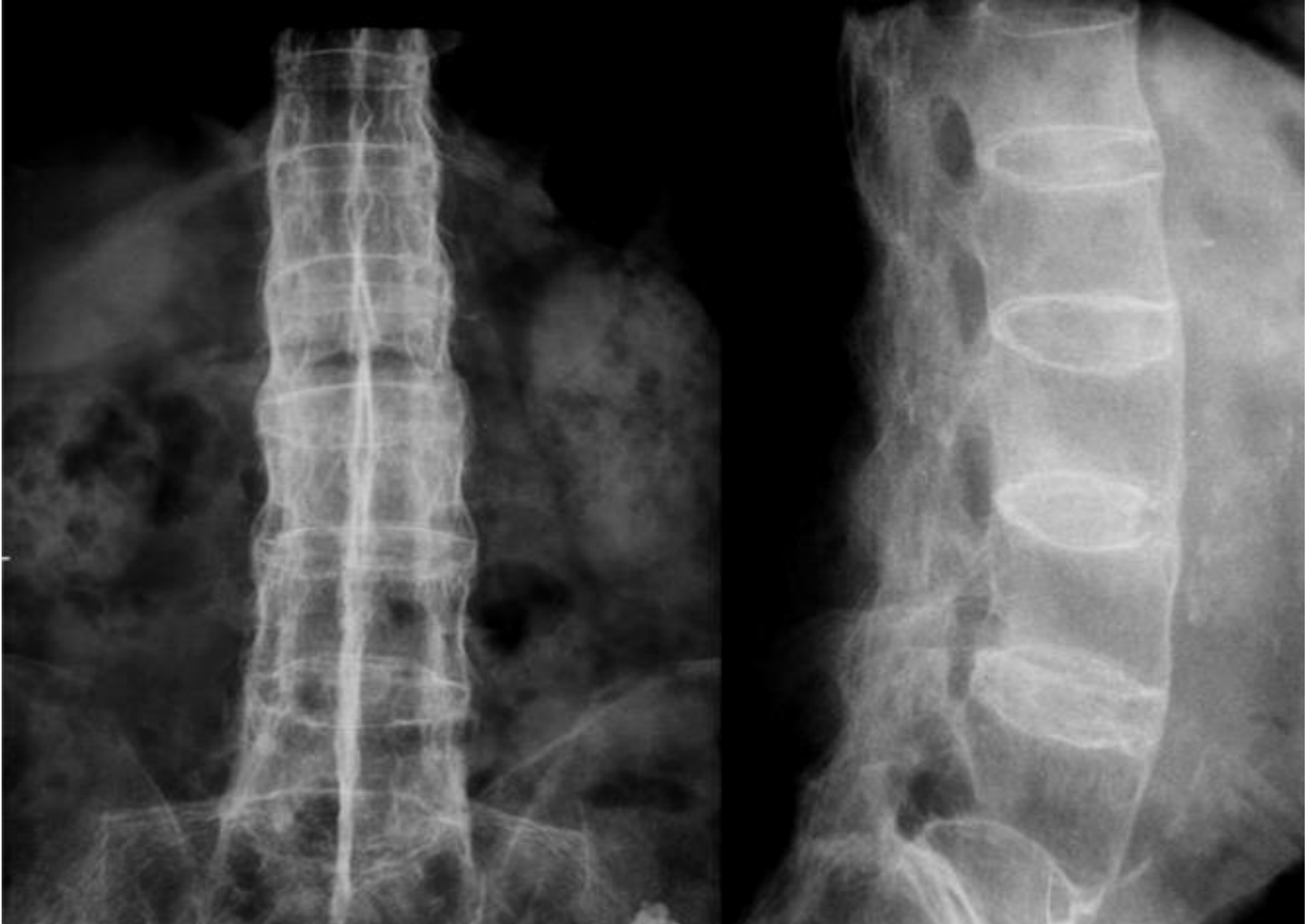


Les spondylo-arthrites

Syndesmophytes



Colonne bambou



IRM

Lésions inflammatoires

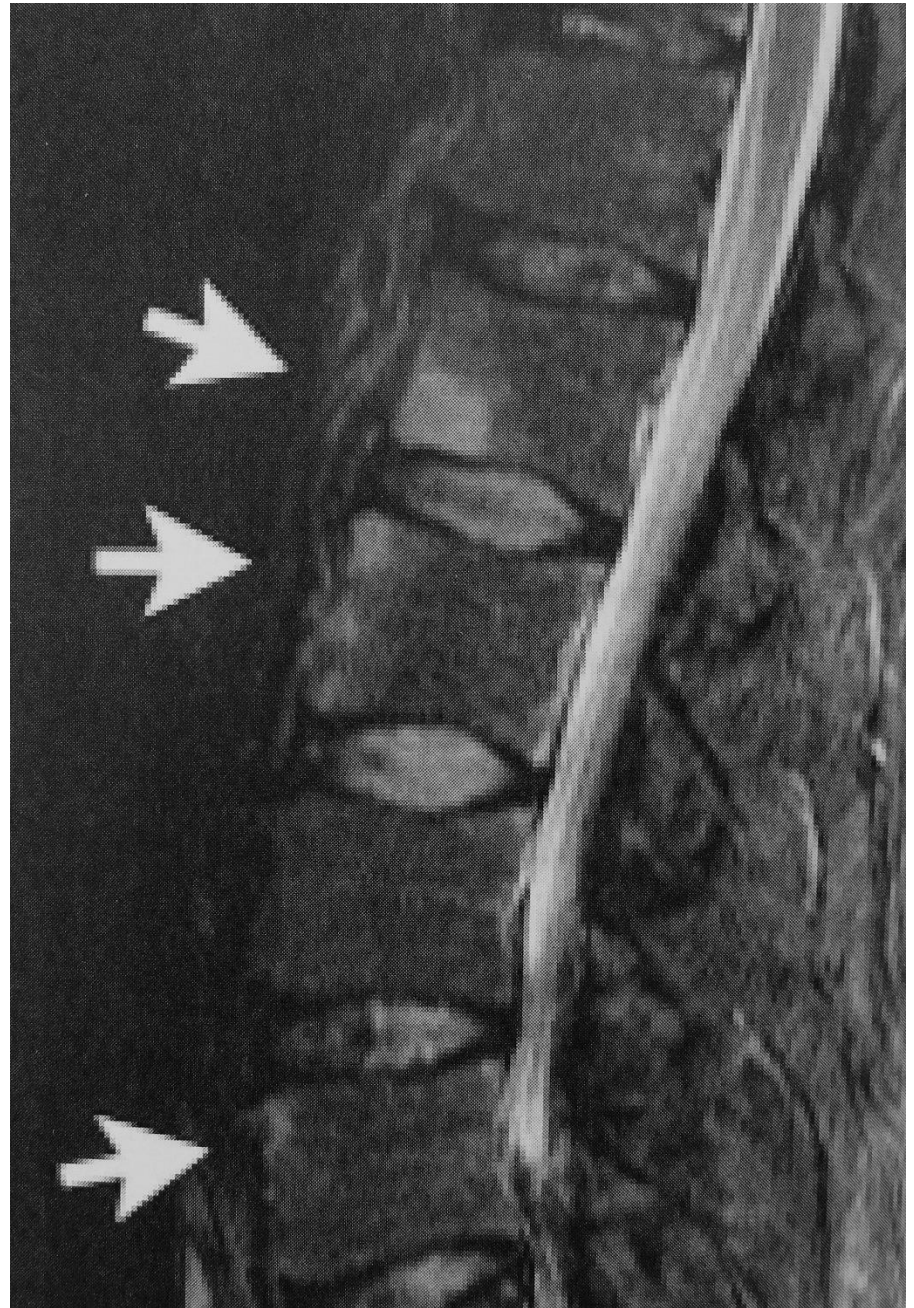




Figure 2. Aspects radiographiques d'une sacro-iliite débutante.
A. Radiographie (bassin, face) : sacro-iliite débutante prédominante à droite.
B. Scanner (coupe axiale) : sacro-iliite débutante.



Figure 3. Aspect radiographique d'une sacro-Ilite évoluée.

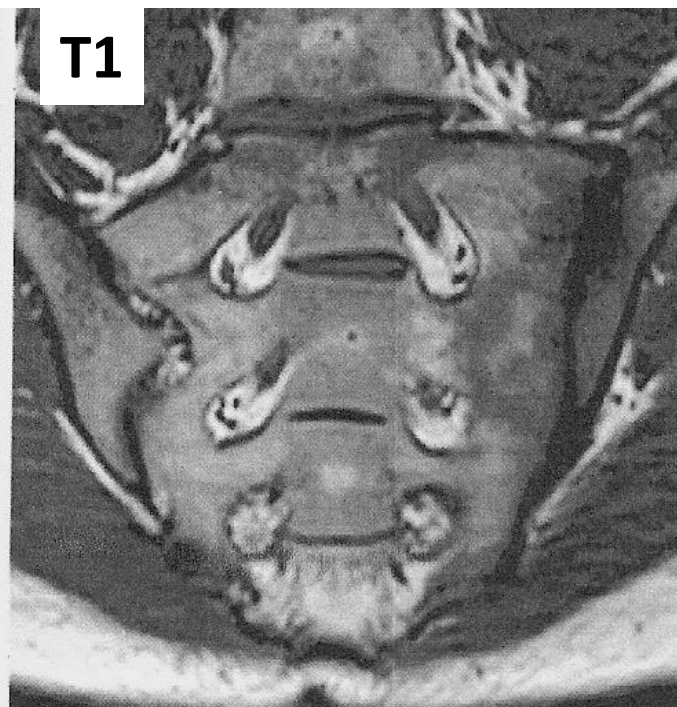
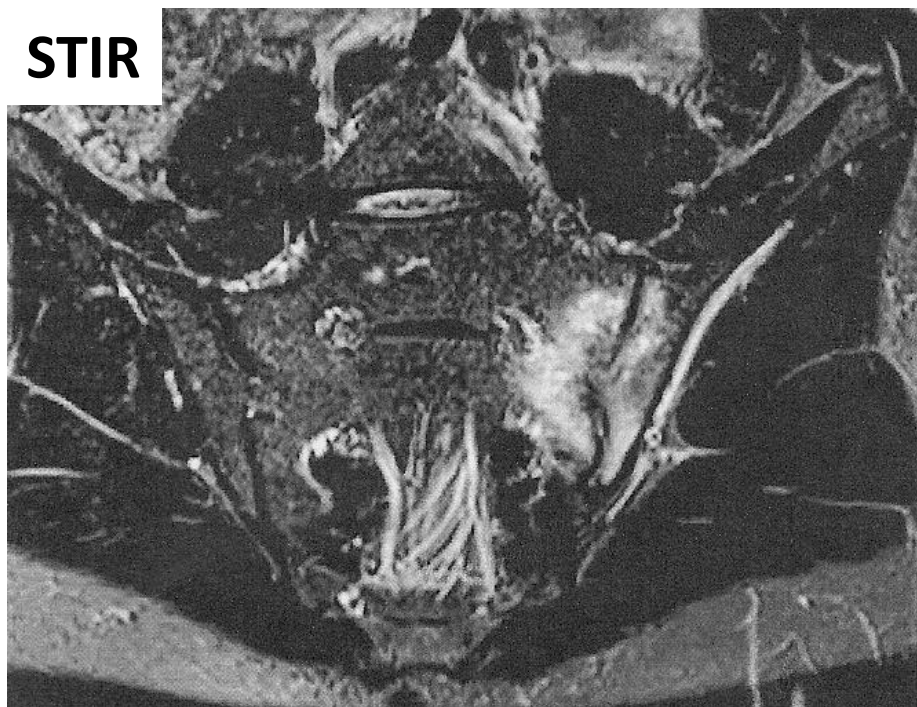
A. Radiographie (bassin, face) : sacro-Ilite évoluée avec des érosions et une ostéocondensation bilatérale prédominante sur le versant iliaque.

B. Scanner (coupe axiale) : sacro-Ilite évoluée.



Sacro-iliite bilatérale

IRM des sacro-iliaques : images frontales obliques

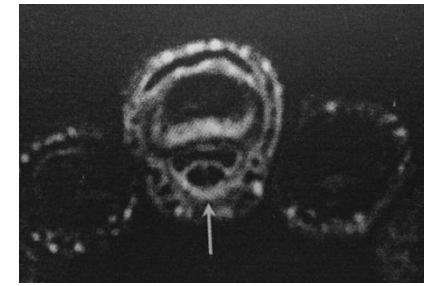
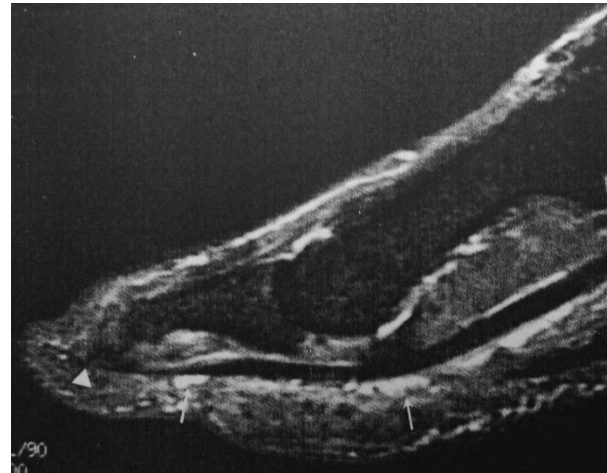
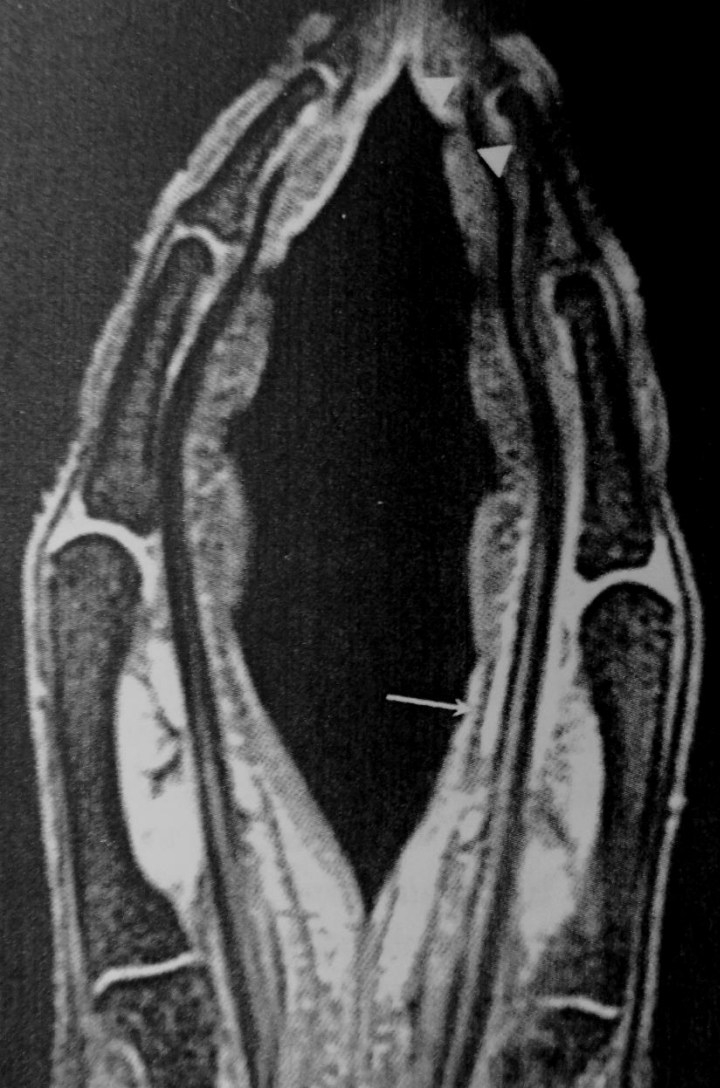


Oedème osseux en miroir de la sacro-iliaque gauche



Orteils en saucisse





Dactylite : orteil en saucisse

Synovites IPP et IPD

Ténosynovites tendons fléchisseurs

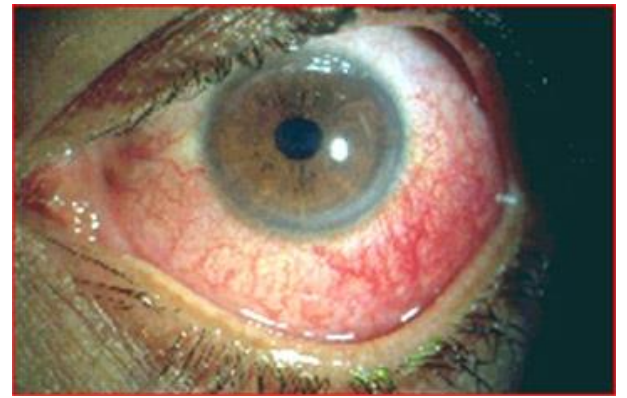
Œdème parties molles sous-cutanées

Enthésite fléchisseurs et extenseurs



Spondylarthritis ankylosante

Lésions associées :
Rhumatologiques
- Extra-rhumatologiques



Pustulose palmo-plantaire

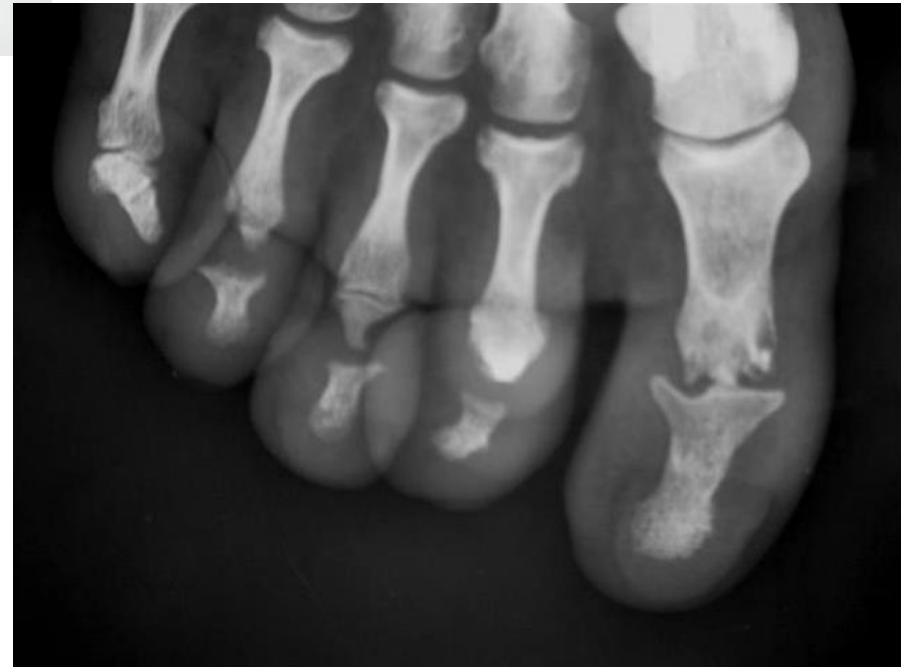


Psoriasis unguéal

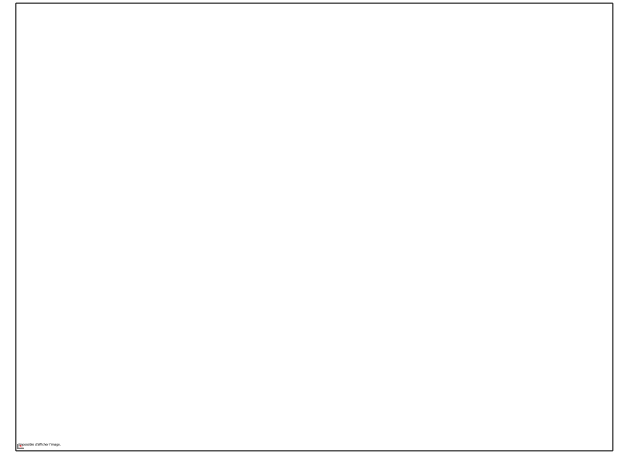




Rhumatisme psoriasique



Rhumatisme psoriasique



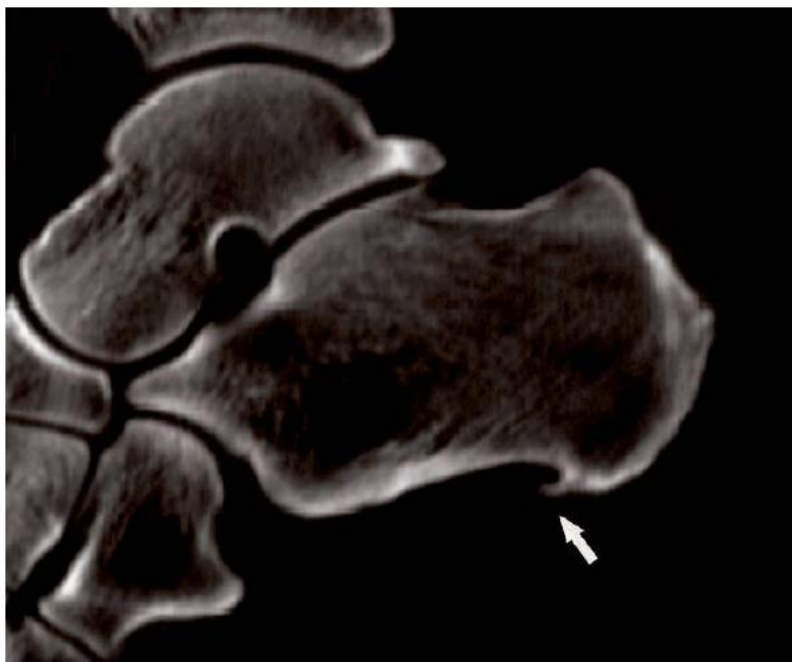
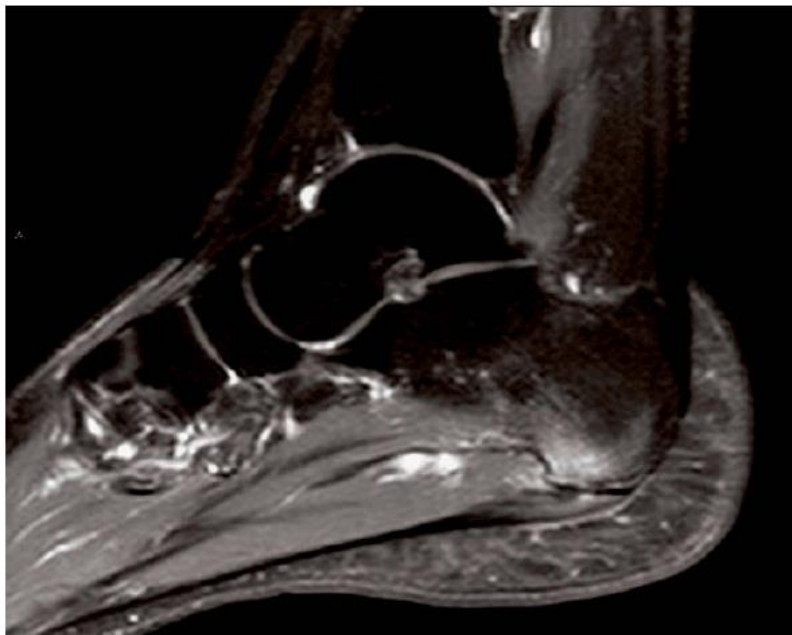
OP3GO

**Onycho
Pachydermo
Périostite
Psoriasique
Gros Orteil**





**Erosion postérieure et « épine » inférieure à limite floue :
*spondylarthropathie***



a	b
c	

Fig. 9 : Enthésite de l'aponévrose plantaire.

- a Coupe IRM sagittale pondérée en densité de protons avec saturation de graisse. Infiltration œdémateuse en hypersignal de l'enthèse et de l'os sous jacent.
- b Scanner en reconstruction sagittale : érosion à limites floues (flèche).
- c Scanner en reconstruction sagittale : enthésophyte (flèche).

Talalgie inférieure



Critères d' Amor de classification des Spondylarthropathies

A – Signes cliniques ou histoire clinique

Points

- | | |
|--|--------|
| 1 - douleurs nocturnes lombaires ou dorsales et/ou raideur matinale lombaire
ou dorsale | 1 |
| 2 – oligoarthrite asymétrique | 2 |
| 3 – douleurs fessières sans précision
ou douleurs fessières à bascule | 1
2 |
| 4 – doigt ou orteil en saucisse | 2 |
| 5 – talalgie ou toute autre enthésopathie | 2 |
| 6 – uvéite antérieure aiguë | 2 |
| 7 – urétrite non gonococcique ou cervicite moins d'un mois avant le début de
l'arthrite | 1 |
| 8 – diarrhée moins d'un mois avant le début de l'arthrite | 1 |
| 9 – présence ou antécédent de psoriasis, et/ou d'une balanite et/ou d'une
entérocologie chronique | 2 |

B – Signes radiologiques

- | | |
|--|---|
| 10 – sacro-iliite (stade ≥ 2 si bilatérale, ou stade ≥ 3 si unilatérale) | 3 |
|--|---|

C – Terrain génétique

- | | |
|---|---|
| 11 – présence de l'antigène HLA B27 et/ou antécédents familiaux de
spondylarthrite ankylosante et/ou d'arthrite réactionnelle et/ou de psoriasis
et/ou d'uvéite et/ou d'entérocologie inflammatoire chronique | 2 |
|---|---|

D – Sensibilité au traitement

- | | |
|--|---|
| 12 – amélioration en 48 heures des douleurs par les AINS et/ou rechute rapide
(48 heures) des douleurs à leur arrêt | 2 |
|--|---|

Le malade sera déclaré comme ayant une spondylarthropathie si la somme des points des 12 critères est égale ou supérieure à 6.

Critères ASAS de spondylarthrite à prédominance périphérique

Arthrite ou **Enthésite** ou **Dactylite**

+

Au moins 1 des critères suivants :

- Uvéite
- Psoriasis
- MICI
- Infection (dans les 4 semaines)
- HLA-B27
- Sacro-iliite (radio ou IRM)

OU

Au moins 2 autres critères suivants :
(différents des critères d'entrée)

- Arthrite**
- Enthésite
 - Dactylite
 - Dorso-lombalgie inflammatoire
 - Antécédents familiaux de spondylarthrite

Une patiente de 60 ans est traitée par Méthotrexate et RoActemra pour une polyarthrite rhumatoïde. Elle est suivie dans le service de Rhumatologie de l'hôpital Saint-Camille. Vous êtes son Médecin traitant et elle vient vous consulter pour des sensations de douleurs diffuses et une fièvre ne dépassant pas 38,5° depuis une semaine.

Il s'agit à l'évidence d'un effet indésirable de son traitement	6	11.5 %
Il ne peut s'agit que d'une poussée de son rhumatisme	0	0 %
Je ne fais aucun examen et j'appelle son Rhumatologue	4	7.7 %
J'évalue la situation par mon examen clinique et quelques examens de première intention	40	76.9 %
J'informe son Rhumatologue qui me conseillera, si besoin, sur la conduite à tenir	32	61.5 %
Je ne sais pas	0	0 %

Révolution thérapeutique

- Stratégies de contrôle « serré » de l'activité avec l'apport de l'échographie +++
- Empêcher la survenue de dégâts structuraux ++++
- Utilisation des traitements chimiques
- Intérêt des traitements locaux
- Recours aux biothérapies :
 - PR : anti-TNF α et autres ...
 - Rhumatisme pso : anti-TNF α et Stelara®
 - Spondylo-arthrites : anti-TNF α

Avis d'un Rhumatologue expert



Que faire en cas d'antécédent ou d'apparition d'infections bactériennes et virales ?

Evidence Based Medicine

Recommandations officielles

Avis des experts

Que faire avant d'initier un traitement par tocilizumab pour prévenir le risque d'infections bactériennes et virales ?

● Infections bactériennes

- Évaluer le risque global : rechercher les facteurs favorisant : comorbidités (diabète, déficit immunitaire inné ou acquis, diverticulites, affections respiratoires, plaies chroniques), la présence de matériel étranger (prothèses, cathéter à demeure), l'utilisation de traitements immunosuppresseurs ou corticoïdes actuels ou antérieurs ; rechercher par l'interrogatoire et l'examen physique tout foyer infectieux patent ou latent.

A retenir

- **Rôle dans le diagnostic et le dépistage :**
 - **Avis rhumatologique** dès suspicion de rhumatisme inflammatoire : urgences fonctionnelles et risque de perte de chance +++
- **Rôle dans le suivi thérapeutique :**
 - **Avis rhumatologique** dès que possible si efficacité insuffisante du traitement ou problème de tolérance
 - Poursuite du suivi extra-rhumatologique
 - **Appel du rhumatologue** pour toute question +++



Post test !



Une de vos patients, atteinte de polyarthrite rhumatoïde, est traitée par perfusions de Rémicade® (une perfusion toutes les 8 semaines) dans le service de Rhumatologie de l'hôpital Saint-Camille.

La dernière perfusion remonte à 10 jours.

Elle vient vous consulter car elle présente des douleurs importantes de la racine d'un membre inférieur.

Que faites-vous ?

1. Vous lui prescrivez 20 mg/jour de Rémicade®
1%
2. Vous préférez lui prescrire un traitement qui suivent directement aux urgences de Saint-Camille.
2%
3. Vous examinez les arguments d'arguments et vous ferait suspecter une arthrite.
3%
4. Vous n'hésitez pas à prescrire directement à Saint-Camille afin de programmer la prise en charge la plus adaptée et efficace.
4%

Un de vos patients de 45 ans, pesant 90 kg, est porteur d'une spondylo-arthrite purement axiale.

Il était jusqu'ici suivi en province et traité par Méthotrexate® à la posologie de 10 mg/semaine sans aucune efficacité.

Il vous demande conseil car il se plaint de lombalgies d'allure inflammatoire et de fessalgies à bascule.

Que faites-vous ?

1. Vous augmentez la dose car celle-ci vous paraît insuffisante. 1%
2. Vous lui prescrivez un AINS de courte durée. 2%
3. Vous lui prescrivez un AINS qu'il n'a encore jamais essayé, s'il n'a pas de contre-indication de ce type de traitement. 3%
4. Vous n'hésitez pas à le référer directement à Saint-Camille afin de programmer la prise en charge la plus adaptée et efficace. 4%

Service de Rhumatologie

- **Dr Joël DAMIANO** : Chef de service
 - 01 49 83 18 74 ou j.damiano@ch-bry.org
- **Dr Doïna ROSCOULET** : Adjointe
 - 01 49 83 18 25 ou d.roscoulet@ch-bry.org
- **Dr Jérémie ORA** : AIHP-ACCA des hôpitaux de Paris
 - 01 49 83 11 85 ou j.ora@ch-bry.org

Disponibilité pour la prise en charge de l'ensemble des pathologies de l'appareil locomoteur (os, y compris atteintes tumorales, articulations, pathologies rachidiennes, muscles, nerfs périphériques, pathologies du pied et de la cheville, traitement de la maladie de Dupuytren par aponévrotomie percutanée à l'aiguille, infiltrations radio ou écho-guidées.