

Congrès internationaux

par le Dr Olivier Vanduille • médecin généraliste • Papeete (Tahiti)

CONGRÈS INTERNATIONAUX

50^{es} Journées du Centre Viggo Petersen

Congrès national annuel de la Fédération de Rhumatologie française

(Paris, 10 et 11 mars 2005)

Stratégie thérapeutique de la polyarthrite rhumatoïde

La polyarthrite rhumatoïde (PR) a vu son visage évolutif profondément changer durant les quinze dernières années, sans doute grâce à une meilleure prise en charge multidisciplinaire et à la mise à disposition de traitements de fond plus efficaces. Après le méthotrexate et les autres médicaments tels que la sulfasalazine, le léflunomide ou la ciclosporine, une autre étape a été franchie avec la mise au point des médicaments anti-TNF α (etanercept, infliximab et adalimumab) qui bloquent le processus de détérioration structurale articulaire qu'ils soient administrés tôt (polyarthrites récentes) J même plus tardivement (polyarthrites anciennes). L'usage du score radiologique de Sharp modifié a bien fait apparaître que les détériorations structurales, lorsqu'elles existent, surviennent très précocement et leur vitesse d'aggravation est surtout élevée durant les deux premières années de la PR. Un traitement très précoce (avant 12 semaines d'évolution) donnera des résultats cliniques et structuraux plus complets qu'un même traitement débuté après trois mois d'évolution.

À ce stade très précoce d'un rhumatisme inflammatoire, peu de patients répondent aux critères de classification ARA 1987 de PR. Il est donc nécessaire de trouver de nouveaux critères plus adaptés aux PR débutantes. Les critères de Leiden comportant notamment le dosage des anti-CCP permettent déjà de prédire avec une spécificité excellente quelles polyarthrites vont persister et surtout quelles polyarthrites vont devenir destructrices, candidates à une thérapeutique «agressive». C'est sans doute, à ce stade précoce, qu'il existe une «fenêtre d'opportunité» durant laquelle les traitements de fond sont capables d'amener une rémission de qualité clinique et structurale. L'objectif actuel des thérapeutiques de fond de la PR est donc devenu plus ambitieux. Il n'est plus question de ralentir les processus de destruction mais plutôt d'induire une rémission durable permettant d'arrêter corticoïdes et traitements de fond après qu'un premier traitement aura été rapidement mis en œuvre.

D'après l'exposé du Dr Olivia MEYER. Hôpital Bichat, Paris

La goutte en 2005

La goutte reste le rhumatisme inflammatoire le plus fréquent chez l'homme adulte. Les études épidémiologiques suggèrent que sa fréquence augmente dans les pays occidentaux et de manière encore plus évidente dans certaines régions du monde (Japon, Chine, Afrique urbaine, Océanie...) encore très peu touchées il y a quelques années. Les changements alimentaires jouent certainement un rôle important dans cette augmentation. La pathogénie de l'hyperuricémie primitive met le plus souvent en cause une incapacité, génétiquement déterminée et fréquente dans certaines ethnies, à augmenter l'excrétion urinaire d'urate lorsque les apports alimentaires augmentent. La goutte est un composant fréquent du syndrome d'hyperinsulinisme (aussi appelé syndrome X), ce qui s'explique par l'augmentation de la réabsorption tubulaire de l'urate qu'induit l'insuline. Ces données encore préliminaires suggèrent l'excellent effet hypo-uricémiant d'un régime visant à diminuer l'insulinémie et le poids chez les goutteux obèses. La goutte pose parfois des problèmes de diagnostic. Plusieurs études ont montré la valeur de l'examen du liquide articulaire, qui décèle des cristaux d'urate de sodium même en dehors des crises. Une étude rapporte la présence de cristaux chez 100% des patients non traités par hypo-uricémiant, et chez 78% des patients déjà traités par hypo-uricémiant.

D'après l'exposé du Dr Thomas BARDIN. Hôpital Lariboisière Paris

Que peut-on faire avec une prothèse de hanche ?

Les dangers potentiels sont le descellement et la luxation, mais tout dépend du type de prothèse et des habitudes sportives préexistantes : si la pratique est correcte et ancienne, les dangers sont moindres. Avec les PTH classiques, l'usure du polyéthylène est accélérée par la pratique de sports violents comme le ski sur bosses ou à virages serrés sur pentes fortes. Sont généralement permis golf, natation, vélo, voile, ski de fond et, avec modération, ski

alpin, volley-ball, tennis en double. Sont déconseillés les autres sports de terrain et de contact.

Avec la PTH à couple de céramique d'alumine, l'usure est inexistante et la fixation solide. On considère actuellement qu'un couple de frottement fait de céramique d'alumine est pratiquement inusable et une fixation par des pièces métalliques rugueuses implantées sans ciment avec recouvrement d'hydroxy-apatite permet de répondre à une demande élevée sans risque majeur. L'espérance de vie de la prothèse dans ces conditions reste de 90% de prothèses en place à 20 ans. Durant cette période la qualité de vie aura été optimale. De plus, il est vraisemblable que pour ce type de prothèse le facteur limitant devient la qualité mécanique de l'os porteur. Comment mieux préserver cette qualité mécanique qu'en autorisant la mise en charge ?

D'après l'exposé du Pr Laurent SEDEL service de Chirurgie Orthopédique, Hôpital LARIBOISIÈRE - Paris

Actualités du myélome

Le myélome multiple (MM) reste une maladie «incurable». Des progrès importants ont cependant été réalisés dans la compréhension de ses mécanismes physiopathologiques. Les anomalies chromosomiques sont très fréquentes (translocations impliquant la région 14q32), non seulement dans le MM mais aussi dans les gammopathies monoclonales de signification indéterminée. La délétion du chromosome 13 est fréquente et de mauvais pronostic.

Le traitement intensif (melphalan 200 mg/m²) avec autogreffe de cellules souches périphériques est devenu le traitement de référence chez les patients âgés de moins de 65 ans. Il permet d'obtenir une médiane de survie de près de 5 ans. La thalidomide, seule ou associée à la dexaméthasone, est largement utilisée dans le MM chimioréfractaire (taux de réponse 25 à 50%), et est à l'étude en induction et en consolidation. Le risque de thrombose veineuse profonde est estimé à plus de 16% en période aiguë d'où une nécessaire prévention par une HBPM.

D'après l'exposé du Dr Edouard PERTUÏSE, Service de Rhumatologie, Centre Hospitalier René DUBOS - Pontoise

Manipulations en pathologie rachidienne

Pratiques de plus en plus répandues et plébiscitées, les manipulations n'en sont pas moins l'objet d'une controverse persistante. À son origine, et malgré l'émergence d'une littérature y ayant trait, un argumentaire objectif est à ce jour déficient. Ainsi, sur base d'études méthodologiquement recevables, l'efficacité des manipulations vertébrales ne peut être retenue dans l'indication des cervicalgies. Cette assertion n'est pas strictement transposable aux affections lombaires communes. L'efficacité des manipulations vertébrales n'est certes pas clairement démontrée au cours des lombalgies aiguës, mais elle se voit documentée chez les patients lombalgiques chroniques. Elle n'y apparaît toutefois pas supérieure aux thérapeutiques habituellement posées dans cette indication. Les accidents graves des manipulations vertébrales sont maintenant bien connus. Leur fréquence reste mal estimée. Une étude récente a retrouvé 582 accidents vertébro-basilaires sur 2328 patients témoins. Les données les plus récentes tendent à faire du recours aux manipulations cervicales un facteur de risque potentiel d'accident vasculaire. Ces informations incitent donc à une certaine prudence. La réduction drastique des indications des manipulations vertébrales à l'étage cervical, le contrôle médical strict de leur enseignement et de leur pratique, ainsi que la poursuite d'une évaluation de qualité pourraient en être le corollaire.

D'après l'exposé du Dr Johann BEAUDREUIL Service de Rhumatologie, Groupe Hospitalier PITIE-SALPÊTRIÈRE – Paris

Génétique de l'ostéoporose

L'ostéoporose est une maladie multifactorielle due à de nombreux facteurs hygiéno-diététiques qui augmentent le risque de l'affection, mais aussi à des facteurs génétiques. Les études sont en faveur de l'existence d'une transmission génétique différente suivant le sexe et le site (rachis ou col du fémur) et de l'existence d'un gène majeur expliquant une large partie de la variabilité de la densité osseuse. En pratique courante, le déterminisme génétique de la densité osseuse induit un risque relatif de fracture doublé pour les femmes ayant un antécédent familial de fracture ostéoporotique ce qui est une aide importante à la décision thérapeutique.

D'après l'exposé du Dr Martine-Esther COHEN-SOLAL, Hôpital LARIBOSIÈRE – Paris

Traitement de l'ostéoporose post-ménopausique en 2005

Il faut, dans tous les cas, recommander des mesures générales de bon sens : correction d'une insuffisance calcique ou vitaminique D, activité physique régulière, prévention des chutes chez les sujets âgés, correction des autres facteurs de risque. L'utilisation du traitement hormonal substitutif a été considérablement restreinte à la suite des données sur ses complications vasculaires dans l'étude WHI. Le médecin doit donc poser de façon appropriée l'indication des médicaments anti-ostéoporotiques (raloxifène, bisphosphonates, teriparatide, ranelate de strontium), dans une stratégie de prise en charge à long terme. Il peut être aidé en cela par les conclusions d'un groupe de travail multidisciplinaire coordonné par l'Agence Française de Sécurité Sanitaire des Produits de Santé, rendues publiques en octobre 2004 (<http://agmed.sante.gouv.fr/htm/5/rbp/indrbp.htm>). Ces recommandations de bonne pratique clinique déclinent les indications de l'utilisation des médicaments en fonction des antécédents de fracture par fragilité osseuse, de l'âge, du T score de DMO, et de la présence éventuelle d'autres facteurs de risque de fracture ostéoporotique. La durée de ces traitements n'est pas très bien codifiée. La plupart des experts s'accordent pour une durée de 5 à 7 ans de traitement. Des interrogations persistent : celle de la stratégie thérapeutique à long terme, les conséquences d'une interruption thérapeutique, l'efficacité et la tolérance d'associations de médicaments ou de séquences thérapeutiques à long terme...

D'après l'exposé du Pr Bertrand NAVEAU, Hôpital LARIBOSIÈRE – Paris

Les prothèses de cheville

Le traitement des lésions destructrices de la cheville, a longtemps été, et reste encore pour certains, du domaine de l'arthrodèse, qui procure indolence et stabilité avec une capacité fonctionnelle peu perturbée. L'arthrodèse de cheville reste dans la majorité des cas une intervention extrêmement fiable à long terme, avec un taux de pseudarthrose compris entre 5 et 25 %. L'indication entre prothèse et arthrodèse n'est pas clairement définie. Il existe des contre-indications à la réalisation d'une prothèse, comme la présence de lésions cutanées, d'une laxité du ligament collatéral latéral, de troubles neurologiques, d'une nécrose du talus, d'une déformation avec désaxation importante de l'arrière pied et bien entendu d'un antécédent d'infection. La pro-

thèse est également exclue s'il existe une enraidissement majeur et si le sujet a l'intention de reprendre un travail de force. L'arthroplastie est également discutable chez des sujets jeunes et dans l'arthrose post-traumatique chez un sujet déjà opéré. L'évaluation à long terme des différents modèles de PTC de troisième génération doit permettre de mesurer la fiabilité de ce type d'arthroplastie, tout en sachant que le résultat à long terme reste inférieur à celui d'une prothèse de hanche ou de genou.

D'après l'exposé du Dr Christophe Piat, service d'Orthopédie, Hôpital HENRI MONDOR – Créteil

L'étiologie de la polyarthrite rhumatoïde

Malgré d'importants progrès réalisés dans la compréhension des mécanismes qui sous-tendent le développement de l'inflammation et de la destruction caractérisant la polyarthrite rhumatoïde (PR), son étiologie reste inconnue. Si un certain nombre d'arguments la font considérer par beaucoup comme une maladie auto-immune, aucune preuve formelle ne vient le confirmer.

L'apparition récente, vers la fin du XVIII^e siècle, de cette maladie plaide en faveur d'un (ou de plusieurs) facteur(s) d'environnement. Si l'apparition de la PR est favorisée par un terrain génétique particulier, le terrain génétique n'est, à l'évidence, ni nécessaire ni suffisant à lui seul.

Il existe incontestablement dans la PR des manifestations humorales et cellulaires d'auto-immunité.

D'après l'exposé du Dr Marcel-Francis KAHN, Service de Rhumatologie, Hôpital BICHAT – Paris