Rhumatologie

Bruxelles, samedi 20 février 2016

par le Dr Thomas ORBAN • médecin généraliste • 1180 Uccle • thomas.orban@ssmg.be

Goutte

Elle touche surtout l'articulation du 1er rayon du pied. Elle peut cependant également toucher d'autres articulations : genoux mais aussi extrémités des mains. Le taux d'acide urique n'a aucun intérêt à être dosé si le diagnostic clinique est clair, et ce d'autant que ce taux se normalise le plus souvent au cours de la crise. Par contre, la VS et la CRP sont augmentées. Si la clinique est peu évocatrice, il y aura un grand nombre de faux positifs à la biologie : 9 faux positifs pour 1 cas de vraie goutte. En ce qui concerne les arthrites microcristallines, il n'y a pas d'analyses spécifiques (la VS et la CRP sont augmentées également). Une ponction de l'articulation peut contribuer à éclaircir le diagnostic incertain. Enfin, il est bon de se souvenir qu'un des facteurs favorisants la goutte n'est pas la consommation de vin de Bourgogne mais bien la consommation de sodas (les soft drinks, non light, contiennent beaucoup de fructose) !

D'après les exposés des Prs Florence Roufosse. Service de Médecine interne. ULB. Bruxelles et Frédéric Houssiau. Service de Rhumatologie. UCL. Bruxelles

Mots-clés : Goutte, arthrite micro-cristalline, podagre.

Facteur anti-nucléaire (FAN)

Le FAN sont des anticorps dirigés contre les composantes normales du noyau. Le test se fait en plusieurs phases : la **détection** de ces anticorps anti-nucléaires et la **détermination de leur titre** de dilution. Plus le titre initial est élevé (ex : 1/640) plus la probabilité de pouvoir préciser la nature du FAN est élevée (> 50%). La nature du FAN ou **identification** (quelle protéine du noyau est reconnue par l'anticorps sérique) oriente vers différentes pathologies. Par exemple, on trouvera des anti-DNA et des anti-Sm dans le lupus érythémateux disséminé. Ces marqueurs sont parfois présents sans développement de la maladie : un suivi sera nécessaire car ils peuvent être des marqueurs précoces. À noter que dans le lupus, on observe souvent une dissociation VS/CRP : la VS est élevée alors que la CRP est normale. Il est important de garder en tête que tout test biologique, dans un contexte rhumatologique en particulier, n'est efficient que si la probabilité prétest de la maladie est importante. L'anamnèse et l'examen clinique sont primordiaux d'autant que le coût d'un FAN et de sa détermination est élevé.

D'après l'exposé du Pr Florence Roufosse. Service de Médecine interne. ULB. Bruxelles

Mots-clés : Facteur anti-nucléaire, lupus.

Polyarthrite rhumatoïde

La classification 2010 de la **polyarthrite rhumatoïde (PR)** mêle des critères cliniques et biologiques, à pondérer :

- atteinte d'une articulation importante (1 pt) ;
- atteinte d'1 à 3 petites articulations (2 pts) ;
- atteinte de 4 à 10 petites articulations (3 pts) ;
- durée de l'atteinte > 6 semaines (1 pt) ;
- facteur rhumatoïde (FR) ou anti-CCP légèrement positif (2 pts) ;
- FR ou anti-CCP fortement positif (3 pts) ;
- CRP ou VS augmentés (1 pt).

Le score ≥ à 6 détermine le diagnostic de PR. Le FR est très sensible mais peu spécifique (test au Latex), voire moyennement sensible mais davantage spécifique (test de Waaler-Rose). Les anti-CCP sont moins sensibles mais très spécifiques : leur positivité permet donc d'affirmer le diagnostic de PR dans un contexte clinique évocateur.

D'après l'exposé du Pr Florence Roufosse. Service de Médecine interne. ULB. Bruxelles

Mots-clés : polyarthrite rhumatoïde, anti-CCP, facteur rhumatoïde.

Biothérapies en rhumatologie

Ces (nouvelles) molécules représentent encore pour certains un mystère aux noms compliqués. Comment y voir plus clair ? C'est simple, il suffit de regarder la terminaison du nom de la molécule :

- **mab,** anticorps monoclonal ;
- **cept**, molécule de fusion ;
- **xi** (mab), anticorps monoclonal **chimérique** ;
- **zu** (mab), anticorps monoclonal **humanisé (se rapproche de l'humain sans être totalement humain)** ;
- **u ou mu**(mab), anticorps monoclonal **humain**.

L'infliximab[a] est donc un anticorps monoclonal chimérique alors que l'adalimumab[b] est un anticorps monoclonal humain. Ce sont tous deux des anti-TNFα. À vous de jouer avec d'autres noms qui n'ont plus aucun mystère pour vous à présent !

D'après l'exposé du Dr Serge Steinfeld. Service de Rhumatologie. Clinique Saint-Jean. Bruxelles.

Mots-clés : anticorps monoclonal, biothérapie.

Vaccination et anti-TNFα

Le rôle du médecin généraliste dans la préparation et l'accompagnement des traitements par biothérapies est important, entre autre par le contrôle de la vaccination.
Les vaccins recommandés sont :
- hépatite B ;
- hépatite A ;
- grippe (1 x/an) ;
- pneumocoque (1 x/3-5 ans)
- papillomavirus ;
- varicelle (à débuter longtemps avant le traitement).

En cas de vaccination contre la fièvre jaune, il faut prévoir un temps de 6 mois sans traitement car de manière générale, les vaccins vivants atténués sont contrindiqués au cours du traitement (fièvre jaune, varicelle, RRO, rotavirus et typhoïde oral).

D'après l'exposé du Dr Serge Steinfeld. Service de Rhumatologie. Clinique Saint-Jean. Bruxelles.

Mots-clés : vaccination, anti-TNFα.

Curcuma

Certains produits à base de curcuma sont promotionnés pour « protéger les articulations » ou « maintenir la flexibilité des articulations ». Toutes ces allégations ont été rejetées en 2010, fautes de preuves suffisantes permettant d'établir une relation de cause à effet. L'analyse de publicités concernant certains dispositifs médicaux ou certains nutriments montre qu'ils sont promus en fait comme médicaments outrepassant ainsi le statut (nutriment) sous lequel ils sont commercialisés. Un médicament concerne un malade, un nutriment concerne la population générale. Soyons attentifs et cessons de mettre des affiches ou présentoirs dans nos salles d'attentes pour ces produits.

D'après l'exposé du Dr Marc Bouniton. Médecin généraliste membre du G.R.A.S. Maison médicale de Roux.

Mots-clés : curcuma, nutriment.

a. Remicade®
b. Humira®

Médicaments et tendinopathies

Les quatre classes principalement en cause sont :
- les quinolones (par voie générale ou locale) ;
- les statines ;
- les corticoïdes (par voie générale ou locale) ;
- les inhibiteurs de l'aromatase[c].

En ce qui concerne les quinolones, le risque est augmenté par l'utilisation concomitante d'un corticoïde. L'effet secondaire survient en général assez rapidement alors que la tendinopathie sur corticoïde survient plutôt après une longue utilisation du produit. Les tendinopathies sur inhibiteurs de l'aromatase (délai d'apparition : 2 mois) concernent moins le tendon d'Achille (quinolones, corticoïdes) que des ténosynovites des doigts et des poignets, voire de fausses « épicondylites ».

D'après l'exposé du Dr Guy Beuken. Médecin généraliste à Schaerbeek.

Mots-clés : tendinopathie médicamenteuse quinolones, corticoïdes.

PMR : une nouveauté ?

La polymyalgia rheumatica ou polymyalgie rhumatismale (PMR) est en fait l'appellation correcte de l'ancienne PPR (pseudo-polyarthrite rhizomélique). Il n'y a pas de marqueurs biologiques hormis la VS et la CRP. Cliniquement les douleurs concernent les ceintures (y compris le cou). Le diagnostic différentiel doit être fait avec la polyarthrite rhumatoïde, la spondylarthrite ankylosante et même la polyarthropathie œdémateuse du sujet âgé (parfois paranéoplasique). Le test diagnostic est médicamenteux : une faible dose de corticoïde se révèle le plus souvent « miraculeuse ». La dose de méthylprednisolone suffisante est 12 mg (soit 15 mg de prednisolone). Elle est efficace en 24 à 72 h. On observe alors une rémission totale ou à >70%. La durée du traitement est de 6 mois (50% de patients guéris) ou plus, parfois à vie. La dose initiale doit être maintenue jusqu'à disparition du syndrome inflammatoire et la réduction de la dose est alors progressive : 1mg/mois jusque 6 mg puis réduction d'1 mg tous les deux mois. Il faut reprendre une dose supérieure si les symptômes réapparaissent ou si la VS/CRP se majorent à nouveau. C'est typiquement une pathologie prise en charge en médecine générale. Néanmoins il convient de référer au spécialiste en cas d'arthrite périphérique associée, si les symptômes sont importants, si le syndrome inflammatoire est peu marqué, si le patient est âgé < 60 ans, si les rechutes sont fréquentes ou si il y a corticorésistance.

D'après l'exposé du Pr Elie Cogan. Service de Méd. Int. ULB. Bxl.

Mots-clés : polymyalgie rheumatica, pseudo-polyarthrite rhizomélique.

c. Arimidex®, Aromasin®, Femara®