

# LE JOURNAL DU SALON

Edition spéciale de Polyarthrite *infos*

## GENHOTEL ET L'AFP<sup>ric</sup> POUR ÉRADIQUER LA POLYARTHRITE

Docteur François CORNÉLIS

GenHotel EA-3886, Laboratoire de Recherche Européen pour la Polyarthrite Rhumatoïde

La persévérance pendant 15 ans du partenariat GenHotel - AFP<sup>ric</sup> sur la recherche génétique de la polyarthrite rhumatoïde (PR) a permis d'obtenir de très beaux succès scientifiques (voir Polyarthrite infos n°70 de mars 2008, p.14). Il convient maintenant de les transformer en succès pour les personnes atteintes de cette maladie et les membres de leur famille, jusqu'à l'éradication de la PR. Ces succès vont être récapitulés, un premier projet de recherche des mécanismes déclenchants va être présenté et son utilisation pour tenter d'éradiquer la maladie va être expliquée.

Pour bien comprendre la recherche génétique, quelques bases sont utiles, qui sont données dans des documents de l'AFP<sup>ric</sup> et de GenHotel (supplément au Polyarthrite infos n°73 de décembre 2008 : « La recherche, ça bouge », p. 8 et 9 ; Newsletter n° 4 du programme d'e-coaching « Agir quand on a une PR » de l'AFP<sup>ric</sup> de juin 2009, sur le thème « Les causes et origines de la PR » ; document « Comprendre la génétique » disponible gratuitement sur le site de GenHotel [www.genhotel.com](http://www.genhotel.com) avec le document « Présentation de GenHotel »). **En bref, la PR survient chez des individus génétiquement prédisposés sous l'action de facteurs d'environnement**, si bien que la compréhension des interactions entre ces multiples facteurs permettrait d'ouvrir des pistes pour éradiquer la maladie. Lorsque le partenariat AFP-GenHotel a été initié en 1994, l'identification de nouveaux facteurs génétiques tenait du rêve, un seul facteur étant connu depuis 1977, les variants du gène HLA-DRB1. En 1998, GenHotel a publié la première exploration systématique du génome pour la PR, démontrant qu'HLA-DRB1 était de loin le facteur génétique le plus important, fournissant une explication à la difficulté de la recherche. En 2007, GenHotel a apporté la preuve définitive pour le deuxième facteur génétique, PTPN22. En 2008, « l'hôtel scientifique » de GenHotel a produit un très beau fruit, la confirmation définitive avec une équipe hollandaise du 3ème facteur génétique. Au dernier congrès européen de rhumatologie en juin 2009, GenHotel a confirmé le 4ème facteur et contribué au sein du consortium

européen AutoCure à fournir des arguments pour 6 facteurs supplémentaires, qui porteraient à 10 le nombre de facteurs génétiques de la PR déjà identifiés. Le rêve de 1994 est donc devenu réalité...

**Dans le domaine de l'environnement**, un premier facteur est solidement établi : le tabac, qui pourrait interagir avec le premier facteur génétique de la maladie, HLA-DRB1. Les hormones sexuelles féminines sont un deuxième facteur, avec l'effet bénéfique bien connu mais transitoire de la grossesse et l'effet protecteur possible de la contraception par la pilule estro-progestative. D'autres facteurs sont envisagés sans qu'une preuve ait été définitivement apportée : un agent microbien (virus ou bactérie), certains éléments de l'alimentation ou le stress psychologique ? Le mécanisme d'action reste cependant mystérieux pour chacun de ces facteurs génétiques ou d'environnement et leurs interactions restent à préciser.

Comment transformer maintenant ces avancées spectaculaires en retombées concrètes sous la forme d'un traitement définitif de la maladie, voire d'une éradication ? **Un moyen serait d'identifier les mécanismes par lesquels les facteurs d'environnement déclenchent la PR chez des individus génétiquement prédisposés, afin de bloquer ces mécanismes. C'est dans ce but que GenHotel lance un premier projet avec le soutien de l'AFP<sup>ric</sup> à l'occasion du Salon de la PR et des RIC 2009.** L'étude de près de 10 000 personnes appartenant à 368 familles atteintes de PR participant aux travaux de GenHotel a montré que le risque de développer la PR est d'environ 1/1000 par an pour une personne apparentée proche d'une personne atteinte en France. En étudiant au moins 10 000 personnes de familles atteintes pendant 5 ans, on peut donc imaginer qu'au moins 50 personnes seront atteintes de la PR pendant le suivi de l'étude. Une attention particulière sera portée au soutien psychologique lors du suivi, grâce à l'AFP<sup>ric</sup>, afin que chaque personne se sentant inquiète, par exemple devant des douleurs articulaires

ou simplement anxieuse, puisse être écoutée, entendue et conseillée. Pour les personnes qui développeront la PR, le diagnostic devrait être donc particulièrement précoce et le pronostic d'autant meilleur qu'une prise en charge efficace sera initiée rapidement. L'existence des biothérapies permet d'être optimiste quant à la capacité médicale d'enrayer la maladie, même dans les cas sévères. Pour les personnes inquiètes qui resteront indemnes, l'écoute disponible à l'AFP<sup>ric</sup> permettra d'éviter le stress et de garder la sérénité.

La comparaison des génotypes et des expositions aux facteurs d'environnement connus, entre les personnes ayant développé la PR et celles restées indemnes, permettra de donner une première estimation des interactions entre ces facteurs qui déclenchent la maladie. Il est probable qu'une extension de l'étude sera nécessaire pour parvenir à des conclusions définitives. Cette étude est ouverte aux familles participant déjà à la recherche menée par GenHotel avec le soutien de l'AFP<sup>ric</sup> et à celles comportant une personne atteinte dont les deux parents sont prêts à participer à l'étude.

Le succès ultime de ce projet pourrait être l'identification de risques spécifiques suggérant un mécanisme d'interaction qui ouvre une piste vers l'éradication de la maladie.

Un exemple serait d'observer que le tabac n'est fortement associé au déclenchement de la PR que chez les personnes ayant une combinaison génétique particulière, impliquant que le mécanisme tabac-PR est dépendant de cette combinaison génétique. Des hypothèses rendant compte de cette observation pourraient alors être testées, menant à l'identification d'un mécanisme précis. Il resterait à bloquer le mécanisme, un premier moyen simple étant d'éviter le tabac.

C'est ce nouveau rêve que font ensemble GenHotel et l'AFP<sup>ric</sup>, celui de l'éradication de la maladie, en espérant qu'il se réalisera rapidement.

## RÉMISSION ET PR

Professeur Jean-Marie LE PARC

CHU Ambroise Paré - Boulogne-Billancourt

1/ La rémission est un objectif thérapeutique qui peut être atteint chez des patients souffrant d'une polyarthrite rhumatoïde.

2/ La rémission est obtenue par l'action des traitements de fond dont l'utilisation doit être la plus précoce possible à partir du moment où le diagnostic de PR a été posé.

3/ Les biothérapies utilisées avec discernement permettent aux rhumatologues d'atteindre la rémission plus fréquemment et surtout avec une meilleure qualité de vie.

### QUELLE QUALITÉ POUR LA RÉMISSION ?

L'idéal est une RÉMISSION COMPLETE traduite par la disparition des douleurs, de la fatigue et le retour à une fonction articulaire permettant une qualité de vie identique à celle d'avant la maladie. Cette situation suppose l'absence de tout autre traitement, hormis le traitement de fond. Cette situation est rare et ne concerne qu'à peine 10 % des patients.

### *Ce qu'il faut accepter, c'est une rémission « accompagnée »*

La rémission accompagnée est la situation la plus fréquente. Les traitements de fond (METHOTREXATE, biothérapies) ont contrôlé près de 90 % de l'inflammation articulaire.

Les patients continuent néanmoins à ressentir douleur, enraidissement et même fatigue. La VS\* et la CRP\* peuvent être normales ou peu élevées.

Lorsque le rhumatologue fait son examen, il va constater des synovites persistantes.

C'est dans cette situation que les biothérapies et les autres traitements de fond méritent d'être « aidés » par de faibles doses de cortisones.

LA POLYARTHRITE RHUMATOÏDE NUIT GRAVEMENT À LA SANTÉ



Quand les articulations sont en danger, la liberté est menacée.

AFP RIC  
Association Française des Polyarthritiques & des Rhumatismes Inflammatoires Chroniques

**Est-ce néfaste sur le long terme ?**

**Doit-on s'efforcer d'obtenir un sevrage à la cortisone ?**

**Combien de temps peut durer une rémission ?**

**Lorsque je suis en rémission, est-ce que je suis sûr que la maladie progresse ?**

**Pourquoi, alors que je me sentais en rémission, des crises articulaires brèves sont encore présentes ?**

**C'est à ces questions que nous nous efforcerons de trouver une réponse.**

Ndlr :

\* VS : vitesse de sédimentation, plus elle est élevée, plus elle témoigne de l'importance de l'inflammation. Une VS normale est, à la 1ère heure, inférieure à 7 min.

\* CRP : protéine de l'inflammation, dont le taux augmente en présence d'une inflammation et diminue quand celle-ci se résorbe. Son dosage permet le suivi des maladies inflammatoires.

## POLYARTHRITE ET SYNDROME DE GOUGEROT-SJÖGREN

Docteur Véronique Le Guern

Hôpital Cochin, Paris

Le syndrome de Gougerot-Sjögren (SGS) est une maladie auto-immune caractérisée par une infiltration focale de cellules de l'immunité (lymphocytes, plasmocytes) des glandes exocrines (glandes salivaires, lacrymales, sudoripares...). Cette infiltration est en partie responsable d'une sécheresse buccale et oculaire qui sont les maîtres symptômes de cette affection. La survenue de signes extraglandulaires (articulaires, musculaires, cutanés, rénaux, neurologiques...) en font à proprement parler une maladie plus générale. Le SGS est généralement qualifié de secondaire lorsqu'il est associé à une autre maladie auto-immune (polyarthrite rhumatoïde, lupus érythémateux disséminé, sclérodémie systémique) et de primitif lorsqu'il est isolé.

Cette maladie touche plus souvent les femmes avec environ 9 femmes pour 1 homme. Le pic d'incidence de la maladie se situe autour de 50 ans.

Les manifestations articulaires et/ou musculaires au cours de cette maladie sont extrêmement fréquentes puisqu'elles touchent 50 à 75 % des patients présentant un syndrome de Sjögren primitif. Il peut s'agir de douleurs articulaires transitoires, récidivantes, qui peuvent révéler la maladie. Beaucoup plus rarement, on peut observer une véritable polyarthrite, bilatérale, symétrique, au début de la maladie. Cette polyarthrite est généralement intermittente. Dans ce cas, il peut y avoir des signes d'inflammation articulaire avec l'existence de véritables synovites. En règle générale, cette polyarthrite n'est pas destructrice. En effet, dans la grande

majorité des cas, il n'y a pas d'anomalies à type de destruction articulaire (érosions, géodes) sur les radiographies articulaires pratiquées. Cette absence de destruction articulaire permet en général de faire la différence entre les manifestations articulaires du SGS et les manifestations articulaires d'une polyarthrite rhumatoïde débutante.

A côté de ces manifestations articulaires à proprement parlé, certains patients se plaignent davantage de douleurs musculo-articulaires, touchant principalement les insertions tendineuses. Comme ces douleurs musculaires sont régulièrement associées à une sensation de faiblesse, à une fatigue

persistante, ce tableau évoque volontiers une fibromyalgie, encore appelé syndrome polyalgique idiopathique diffus. Il faut cependant faire la part des choses entre un diagnostic de fibromyalgie qui peut se compliquer d'un syndrome sec et un SGS se compliquant de douleurs arthromyalgiques.

Enfin, et de façon beaucoup plus rare, on peut observer au cours du SGS une réelle inflammation musculaire qui comporte une diminution de la force, avec, lorsqu'une biopsie du muscle est réalisée, la présence de cellules inflammatoires (infiltration lymphocytaire le plus souvent). Sur le plan diagnostique, il est tout à fait justifié de réaliser

des radiographies standards des articulations douloureuses concernées. On peut également être amené à proposer des échographies articulaires afin d'objectiver la présence d'un épanchement ou d'une inflammation de l'articulation. La recherche d'anticorps anti CCP est également intéressante afin de différencier une polyarthrite rhumatoïde débutante d'un SGS. Il s'agit d'anticorps que l'on retrouve spécifiquement au cours de la polyarthrite rhumatoïde. Cependant, une étude a montré que cet anticorps peut également être présent chez environ 7,5 % de patients présentant un SGS primitif.

Sur le plan thérapeutique, ces manifestations articulaires peuvent justifier l'instauration d'un traitement par des anti-inflammatoires non stéroïdiens, de préférence en cure courte, du fait de leurs nombreux effets secondaires.

L'hydroxychloroquine (Plaquénil®) est une molécule très utilisée pour le traitement des manifestations articulaires du syndrome de Gougerot-Sjögren primitif. Ainsi, environ 50 à 60 % des patients sont traités par Plaquénil®. Il existe cependant peu de données de la littérature permettant d'affirmer son efficacité. Un essai prospectif (JOKER) est actuellement en cours et permettra de répondre de façon formelle à cette question.

De faibles doses de corticoïdes peuvent être nécessaires, principalement lorsqu'il existe des signes d'inflammation articulaire. D'autres traitements ont été testés tels que des immunosuppresseurs (Methotrexate, Azathioprine) sans faire la preuve de leur efficacité, mais peuvent être discutés au cas par cas. Enfin, les anti-TNF (infiximab) ont été testés dans cette affection dans le cadre d'un essai multicentrique, randomisé contre placebo, chez des patients ayant un SGS avéré et des signes importants de sécheresse, de douleurs, et de fatigue. Les résultats se sont révélés négatifs, avec des résultats identiques dans le groupe de patients traités par infiximab et le groupe contrôle.

Un essai prospectif français actuellement en cours (TEARS = Tolérance et Efficacité du Rituximab dans le syndrome de Sjögren) vise à étudier l'efficacité d'anticorps humanisés anti-B (Rituximab) dans les formes de SGS avec manifestations systémiques.



Se former et s'informer autrement pour que

Polyarthrite Rhumatoïde et qualité de vie se réconcilient !

Inscrivez-vous gratuitement au programme d'e-coaching

« Agir quand on a une PR ! »



Déjà disponibles : les 5 premières newsletters  
 N°1 - L'alimentation  
 N°2 - Les traitements de fond de la PR  
 N°3 - Les droits des malades  
 N°4 - Les causes et origines de la PR  
 N°5 - Les vacances

Pour s'inscrire au programme et recevoir la newsletter mensuelle, il faut disposer d'une adresse mail et envoyer le message « Je m'inscris » avec vos coordonnées (nom, prénom, adresse postale et mail)

à : [inscription@af-polyarthrite.net](mailto:inscription@af-polyarthrite.net)

## QUAND UN TRAITEMENT EST-IL EFFICACE ?

### CRITERES DE L'EFFICACITE D'UN TRAITEMENT DE LA POLYARTHRITE RHUMATOÏDE

**Professeur Marie-Christophe BOISSIER**

**Service de Rhumatologie, CHU Avicenne, Bobigny**

**Il n'est pas suffisant de considérer la réponse à la question :**

« Cela va-t-il mieux ? ».

**On dispose maintenant de critères qualitatifs ou semi-quantitatifs, dont voici quelques exemples :**

**Critères de « rémission » du Collège américain de rhumatologie :**

on évalue les données suivantes sur les 2 mois précédents (5 de ces critères doivent être présents pour déclarer la rémission) :

- enraidissement articulaire matinal inférieur à 15 minutes ;
- pas de fatigue
- pas de douleur articulaire
- pas de douleur à la pression
- pas de synovite
- VS basse

**Critères de « réponse » du Collège américain de rhumatologie :**

amélioration de 20, 50, 70, 90 % de plusieurs paramètres, définissant les critères ACR 20, 50 etc.

**Critères européens (DAS) :**

Tiennent compte du nombre d'articulations douloureuses, du nombre d'articulations gonflées, de l'appréciation du patient sur sa maladie, de la VS. Une formule définit ensuite un chiffre et classe la maladie en active, intermédiaire ou en rémission.

**Critères SDAI :**

évalue le nombre d'articulations douloureuses, le nombre d'articulations gonflées, l'activité de la maladie évaluée par le patient, l'activité de la maladie évaluée par le médecin, la CRP. En fonction de la diminution du score on est bon, partiel ou non répondeur.

**Critères « de Makinen » :**

Rémission signifie absence d'articulation douloureuse ou gonflée, et VS basse.

**Evaluation sur des scores de qualité de vie**

(HAQ par exemple)

**Evaluations de la destruction anatomique :**

- score de Sharp (radiographies : érosions, pincements)
- SENS (score binaire)
- IRM
- échographie

Ndlr : Discutez avec votre médecin de vos résultats en fonction de ces différents critères.

## DOULEUR ET FATIGUE

Docteur Philippe BRÉVILLE,

Groupe Hospitalier Paris Saint Joseph

La douleur et la fatigue. Deux symptômes totalement subjectifs, non quantifiables, extrêmement fréquents, dont on ne connaît que peu de choses sur le plan physiopathologique, particulièrement en ce qui concerne la fatigue. De plus, les mettre en parallèle peut laisser supposer qu'il existe un lien entre les deux. Parler de ces deux symptômes est donc une tâche qui m'est apparue pour le moins « délicate ». Il semble nécessaire dans un premier temps de définir ce que sont précisément la douleur et la fatigue. La douleur, vous, patients atteints d'une pathologie douloureuse chronique, vous ne savez que trop bien ce que c'est. Il en existe une définition bien précise, officielle, celle de l'International Association for the Study of Pain (IASP): « expérience sensorielle et émotionnelle désagréable, liée à une lésion tissulaire réelle ou potentielle, ou décrite en termes d'une telle lésion ». La définition de la fatigue est plus floue : c'est une sensation subjective décrite diversement par le patient : épuisement, lassitude, absence d'énergie, besoin de dormir, troubles de la mémoire, de la concentration... Elle est le plus souvent banale, provoquée par une activité physique intense et par une récupération insuffisante (manque de sommeil par exemple) ; elle régresse avec le repos. Le patient est en général conscient de son étiologie. Elle peut être aiguë ou chronique. L'asthénie est une incapacité ou une difficulté à faire face aux activités, aux obligations, de la vie quotidienne. Elle est à la fois physique et psychique, intellectuelle, sexuelle, plus ou moins permanente et souvent source d'inquiétude pour le patient qui n'en perçoit pas obligatoirement l'origine. La différence entre asthénie et fatigue est minime, et on utilise le plus souvent indifféremment l'un ou l'autre terme. La fatigue est un motif très fréquent de consultation, à tel point qu'en médecine générale, elle concerne 50% des patients. Elle est parfois isolée, parfois noyée au milieu d'autres symptômes qui rendent le diagnostic plus ou moins aisé. Schématiquement, on peut retenir trois catégories de fatigue : - la fatigue qui entre dans le cadre d'une pathologie somatique précise (infection virale, maladie endocrinienne, cancer, maladie inflammatoire chronique...); - la fatigue secondaire à des conditions de vie difficiles (travail excessif, sommeil trop court..) ou des activités physiques trop intenses; - la fatigue d'origine psychique avec problème anxio-dépressif sous-jacent. Dans les deux premiers cas, il s'agit d'une fatigue qui se développe surtout dans la journée, avec un maximum le soir ; il n'y a en général pas de trouble du sommeil. La fatigue psychique en revanche est souvent présente dès le matin au réveil et s'accompagne de troubles du sommeil, d'un « mal de vivre » avec manque d'envie de se lever, de bouger... Bien évidemment, ces différentes situations peuvent être, et sont en fait le plus souvent, intriquées. Dans le cadre de la polyarthrite rhumatoïde, la fatigue a longtemps été sous-estimée, négligée, alors qu'elle en est un des symptômes les plus fréquents de la maladie. Elle semble corrélée à l'activité, à la sévérité et à l'ancienneté de la maladie, à l'intensité des douleurs, au retentissement fonctionnel et psychologique. Actuellement, les choses évoluent, la fatigue est prise en

considération et elle fait à présent partie des critères d'évaluation de l'efficacité des traitements, que ce soit en pratique courante ou lors des essais thérapeutiques. On l'a déjà vu, son mécanisme exact n'est pas bien connu. Elle peut être attribuée aux phénomènes inflammatoires. Notamment, il n'est pas compliqué d'imaginer qu'un sommeil interrompu par des douleurs, par un réveil matinal précoce, puisse générer de la fatigue. On sait par ailleurs que toute pathologie douloureuse chronique plus ou moins invalidante, peut entraîner une réaction dépressive plus ou moins marquée, dépression dont un des symptômes les plus fréquents est justement la fatigue. Certains médicaments sont plus ou moins inducteurs de sensation de fatigue (anxiolytiques, antidépresseurs). Bref, elle a un caractère multidimensionnel qui complique encore un peu plus sa prise en charge. A partir de ces constatations, la solution à la fatigue apparaît simple : traitons la maladie et la fatigue disparaîtra (les biothérapies ont démontré une indiscutable efficacité sur la fatigue); donnons un antidépresseur et tout ira mieux (encore faut-il trouver le bon antidépresseur qui ne générera pas de fatigue) ; supprimons si possible les médicaments « asthénisants », etc. En fait, il n'y a pas de remède miracle si ce n'est la guérison complète de la maladie, ce qui n'est pas encore totalement acquis. En dehors du traitement étiologique, il n'existe actuellement aucun médicament véritablement efficace contre la fatigue et l'utilisation de certaines substances dopantes est à l'évidence fortement contre-indiquée voire interdite. Des substances comme la L-Carnitine, l'Amantadine (antiviral et antiparkinsonien, efficace sur la fatigue de la sclérose en plaques), sont en cours d'étude, mais il ne faut certainement pas en attendre de miracle. Des thérapeutiques non médicamenteuses peuvent aider, comme certaines thérapies comportementales, et surtout l'activité physique. Des études, certes peu nombreuses, semblent démontrer que l'activité physique a un effet bénéfique sur la fatigue des patients souffrant de polyarthrite rhumatoïde. Ceci peut sembler contradictoire avec les conseils que les rhumatologues ont prodigué à leurs patients pendant des décennies, à savoir la mise au repos des articulations douloureuses, espérant ainsi diminuer les douleurs et l'usure des articulations. Là encore, les mentalités évoluent. On considère à présent que l'exercice physique régulier entretient et renforce les muscles, ce qui entraîne un meilleur soutien des articulations. Il n'est bien entendu pas question de faire n'importe quoi. Il faut au contraire élaborer un programme d'activité physique en concertation avec le kinésithérapeute et le rhumatologue, tenant compte de l'état et des capacités physiques du patient.

Je ne suis pas convaincu que ce texte ait éclairci nettement les rapports entre fatigue et douleur. Ce qui ressort essentiellement, comme souvent en matière de polyarthrite rhumatoïde, c'est que ces deux symptômes s'atténuent, voire disparaissent avec le traitement de la maladie, notamment grâce aux biothérapies. Donc continuons à diagnostiquer et à traiter précocement la polyarthrite rhumatoïde.

## L'OSTÉOPOROSE

Docteur Geneviève DUBOURG,

CHU Pitié Salpêtrière, Paris

L'ostéoporose est une maladie du squelette qui ne donne aucun symptôme particulier mais qui entraîne une diminution de la résistance osseuse et donc un risque accru d'avoir des fractures lors d'un choc de faible intensité voire même spontanément. C'est une pathologie fréquente (50 % des femmes de plus de 60 ans en sont atteintes) et qui peut être favorisée par de nombreux facteurs dont, par exemple, une ménopause précoce, la prise de certains médicaments comme la cortisone, l'existence de certaines maladies comme la polyarthrite

rhumatoïde, le tabagisme, l'alcoolisme, la faible activité physique, le manque d'apports en calcium ou de vitamine D qui sont les « carburants » de l'os.

Les fractures les plus fréquentes entraînées par l'ostéoporose sont les fractures du poignet, des vertèbres (appelées aussi tassement vertébral) et les fractures du col du fémur qui sont les plus graves puisque responsables de décès dans 20 % des cas et de placement dans 25 % des cas.

### **On peut dépister l'ostéoporose grâce à un examen simple,**

remboursé par la sécurité sociale selon certains critères, très faiblement irradiant : c'est la densitométrie osseuse ou ostéodensitométrie ou absorptiométrie biphotonique ou DEXA (dual energy X-Ray absorptiometry). Cet examen permet d'évaluer la densité des os (densité minérale osseuse ou DMO) c'est-à-dire le contenu minéral de l'os fait essentiellement de calcium et phosphore et qui explique une grande partie de la solidité osseuse. La valeur de la DMO mesurée est comparée à la moyenne observée dans une population d'adultes jeunes : c'est ce qu'on appelle le T score.

C'est à partir de ce chiffre qu'est défini le statut osseux :

**Normal : T score compris entre 0 et -1**

**Ostéopénie : T score compris entre -1 et -2,5**

**Ostéoporose : T score < -2,5**

**Ostéoporose avérée : T score < -2,5 et présence de fracture.**

Une fois le diagnostic posé d'ostéoporose, des examens biologiques sont nécessaires pour vérifier qu'il n'existe pas une cause traitable à cette ostéoporose (par exemple excès de fonctionnement de la parathyroïde ou de la thyroïde).

La prise en charge thérapeutique est adaptée au cas par cas. Elle repose sur 4 grands axes :

### **1/ le traitement d'une pathologie causale éventuelle**

(par exemple traitement d'une hyperthyroïdie)

### **2/ des mesures hygiéno-diététiques :**

- arrêt du tabac, de l'alcool, maintien d'un poids suffisant ;
- activité physique régulière ;
- correction des éventuelles carences d'apport vitamino-calciques : il est recommandé d'avoir des apports en calcium de l'ordre de 1200 mg/jour et des apports de Vitamine D de l'ordre de 800 à 1000 UI/jour.

### **3/ la prévention des chutes, qui favorisent les fractures**

- vérifier la vue, porter de bonnes chaussures ;
- vérifier l'habitat pour éviter les objets qui peuvent faire tomber, pour avoir une bonne qualité d'éclairage ;
- vigilance sur les traitements par somnifère.

### **4/ le traitement à proprement parlé**

- le choix se fera en fonction de votre cas particulier en tenant compte de votre type d'ostéoporose, de l'existence de pathologie(s) associée(s), de contre-indication(s), de votre préférence ;
- la durée sera de plusieurs années, en respectant les modalités et la régularité de prise afin de permettre d'obtenir une bonne efficacité dans la prévention de survenue d'une fracture.

## **DOULEUR ET CHIRURGIE DANS LA POLYARTHRITE**

**Docteur Eric STINDEL\***

**Chirurgien orthopédiste - Hôpital de la Cavale Blanche - Brest (29)**

La force du témoignage de nombre d'entre vous ne peut laisser insensible. La douleur est sans conteste l'élément qui domine le quotidien de chaque personne atteinte de polyarthrite rhumatoïde. Les traitements sont très nombreux et variés. Aucune recette miracle ne fonctionne à tous coups et pour tous. C'est en apprenant à connaître sa propre maladie, sa vitesse d'évolution, l'intensité des rechutes qu'il est possible à chacun, en relation avec son médecin traitant et son rhumatologue, de choisir le plus efficace des traitements. Lorsque la douleur fait partie du quotidien depuis de nombreuses années, que les traitements médicaux échouent, se pose alors un jour la question de la chirurgie. L'idée même de se faire opérer fait cependant souvent peur. Douleur et chirurgie sont souvent associées dans l'inconscient collectif. Être opéré, c'est souvent avoir mal... Alors pourquoi avoir recours à la chirurgie ? Quand et comment peut-elle aider à calmer la douleur ?

Pour répondre à ces questions, il est important de comprendre que la douleur n'a pas une cause unique, mais que ses origines varient au cours de la maladie. A la phase initiale, la douleur est d'origine inflammatoire. C'est le tissu appelé synovial qui entoure les articulations et les gaines des tendons qui est l'origine d'une dégradation progressive de ces dernières. Apparaissent alors des déformations articulaires car les capsules et ligaments perdent leur efficacité. Ces déformations vont entraîner des dégradations cartilagineuses puis osseuses, qui vont être également cause de douleurs. Ces lésions vont s'associer aux phénomènes inflammatoires pour générer des douleurs permanentes et une limitation de la mobilité des articulations. On est alors en face de la redoutable association : douleurs, raideurs, et déformations si typiques de la polyarthrite. Enfin, l'ensemble de ces lésions peut également entraîner des compressions nerveuses, sources de douleurs de nature encore différente.

On comprend donc aisément que face à ces origines multiples de la douleur, la chirurgie puisse prendre des formes très variées. Essayons maintenant de répondre à nos trois questions !

### **Pourquoi avoir recours à la chirurgie ?**

En dépit de l'inquiétude qu'elle génère systématiquement, la chirurgie fait aujourd'hui partie des méthodes de traitements efficaces. Elle trouvera sa place en cas d'échec du traitement médical dit-on le plus souvent ! Attention cependant, car prendre cette phrase au pied de la lettre reviendrait à essayer, puis épuiser, tous les traitements médicaux jusqu'à ce que plus aucun ne soit efficace avant d'envisager un geste chirurgical. Il s'agirait là d'une grossière erreur. La chirurgie trouve naturellement sa place à tous les stades de l'évolution de la maladie, même précocement. C'est la nature du geste qui changera en fonction des lésions constatées. Le choix de la technique se fera en fonction de la douleur, mais également en considérant les perturbations associées : déformations, enraidissement, ruptures tendineuses...

L'origine ligamentaire, articulaire ou neurologique de la douleur devra être parfaitement identifiée lors d'une consultation médico-chirurgicale associant rhumatologues, chirurgiens, rééducateurs.

### **Quand faut-il se faire opérer ?**

Comme nous venons de le préciser, chaque décision sera individuelle, et fonction des lésions constatées. Cependant, pour fixer un schéma, nous décrirons quatre situations correspondant à quatre grands types de techniques chirurgicales, aux suites toutes différentes, mais qui participent toutes à lutter contre la douleur.

**A)** Le stade des lésions synoviales isolées où la synovectomie permet de lutter contre la douleur et de ralentir l'évolution locale.

**B)** Le stade intermédiaire où le geste chirurgical aura à la fois un rôle antalgique, mais également pour objectif de restituer un fonctionnement articulaire normal.

**C)** Le stade plus tardif où l'importance des déformations ne permettra plus de rendre la fonction. Là encore, la chirurgie trouvera sa place en calmant la douleur mais en bloquant définitivement l'articulation concernée.

**D)** Si le plus souvent la douleur est d'origine articulaire, elle peut également être d'origine neurologique par compression nerveuse. Dans cette quatrième situation, une intervention chirurgicale permettra d'améliorer le confort de vie et d'éviter l'apparition de séquelle neurologique.

On voit donc que l'ambition sera très variable selon le stade concerné, qu'elle diminuera avec le temps. Si à un stade précoce la chirurgie ralentit l'évolution, à un stade tardif, elle n'est que palliative et purement antalgique. **Attendre trop longtemps, c'est s'interdire certaines solutions thérapeutiques.**

### Comment la douleur va-t-elle céder grâce à la chirurgie ?

Ayant compris qu'il ne fallait pas attendre, quelle va être la technique chirurgicale qui fera céder mes douleurs ?

**Au stade A**, la douleur est principalement due aux processus inflammatoires qui se produisent dans la synoviale. La **synovectomie** consiste à enlever le tissu excédentaire là où il prolifère (le long des gaines tendineuses, dans les articulations du poignet ou des doigts). Elle est effectuée en dehors des périodes de poussées, quand celles-ci ne sont plus très bien contrôlées par le traitement médical. L'hospitalisation est brève et la rééducation immédiate. Elle a un double rôle : elle calme la douleur et ralentit l'évolution, retardant l'apparition des ruptures tendineuses. Elle sera fréquemment utilisée au niveau du poignet et des doigts.

**Au stade B**, les déformations sont encore compatibles avec un fonctionnement normal de l'articulation. Mais cette dernière est le siège de lésions cartilagineuses et/ou osseuses qui aggravent les douleurs. Dans cette situation, on remplacera l'articulation par une **prothèse**. La mobilité sera alors restituée avec d'autant plus d'efficacité que les lésions

musculo-tendineuses seront minimales. L'efficacité sur la douleur est le plus souvent très nette. La durée d'hospitalisation et de rééducation dépendent de l'articulation concernée. Epaule, hanche et genou sont particulièrement concernés par ce type de traitement.

**Au stade C**, les lésions tendineuses et les déformations sont telles qu'il est illusoire de rendre la fonction. Le traitement chirurgical de la douleur se fera alors aux dépens de cette dernière en bloquant totalement et définitivement l'articulation. En effet, à ce stade ce sont les petits mouvements persistant au sein d'articulations détruites qui génèrent la douleur. En supprimant ces derniers, l'articulation devient indolore, mais également immobile. Pour limiter les conséquences de ce geste, l'articulation est bloquée dans une position qui en permet cependant l'utilisation quotidienne. Ce geste chirurgical prend le nom d'**arthrodèse**. Poignet, pied et rachis cervical seront les articulations à même de bénéficier de ce traitement.

La compression neurologique (**D**) la plus fréquente dans la polyarthrite est celle du nerf médian qui se manifeste par des fourmillements des trois premiers doigts, rapidement douloureux et invalidants. La **neurolyse** est le terme barbare qui consiste à libérer le nerf de cette compression. Intervention très simple, elle est, elle aussi, d'une grande efficacité sur la douleur.

Les solutions sont donc nombreuses. Le choix doit être mûrement réfléchi. Cependant, la chirurgie ne doit pas être diabolisée. Mieux, elle doit être démystifiée. Son efficacité est en effet certaine sur la douleur. Il convient cependant, pour éviter toute déception, de savoir ne pas trop attendre. Choisir la bonne technique au bon moment de l'histoire de la maladie est la clé du succès. Mais n'est-ce pas là l'essence même de toute attitude thérapeutique adaptée, qu'il s'agisse d'un traitement médicamenteux ou d'une intervention chirurgicale ?

*\* Eric STINDEL est navigateur et a participé cet été avec Vincent SAULEAU, également chirurgien, à l'Atlantique Voile Pogo 2009. Très engagés pour la cause des polyarthritiques, ils se sont à cette occasion associés à l'AFP\* pour récolter des fonds au profit de la recherche sur la PR.*

**CALENDRIER**

**2010**

**AFP<sup>ric</sup>**

9, rue de Nemours  
75011 Paris

Tél. : 01.400.30.200

[www.polyarthrite.org](http://www.polyarthrite.org)

**2,90€ ou plus**  
Tout don supérieur  
à 2,90 euros sera attribué  
à la recherche

**Wyeth**

## LE PIED POLYARTHRITIQUE

**M. Djamel BOUHABIB - Président de l'Union Française pour la Santé du Pied (UFSP)**

Le pied est un élément essentiel de notre équilibre, de notre santé. S'il assure notre posture et nous permet de faire face à nombre de situations, il est aussi malheureusement quelquefois source de tracas, de douleurs, d'invalidité qui ont des retentissements importants sur notre santé en général et c'est bien évidemment le cas dans le cadre de la PR.

Le podologue examine et étudie la statique des pieds, l'équilibre ainsi que la marche pour diagnostiquer, le plus tôt possible, les dysfonctionnements du pied qui pourraient se répercuter et engendrer d'autres douleurs aux pieds, jambes, genoux ou dos.

Il travaille en relation avec les médecins, les chirurgiens, les kinésithérapeutes, les ostéopathes et les infirmières.

Après examen des pieds, il entretient et soigne les différents problèmes des ongles, traite immédiatement certaines lésions (durillons, cors, verrues plantaires, ongles incarnés...), calme les irritations locales et détend l'ensemble du pied. Il peut prescrire des médicaments (topiques locaux) pour soulager son patient. Le podologue peut intervenir efficacement

avec ces traitements dans les douleurs du genou, du bassin ou de la colonne vertébrale, car souvent l'origine de nombreux problèmes débute aux pieds. Ces troubles de la statique sont corrigés par la pose d'orthèses plantaires réalisées par le podologue.

Il est aussi fortement conseillé de mener les plus jeunes, dès l'âge de 5 ou 6 ans, chez le podologue, afin de bénéficier d'un bilan dans le cadre de la prévention. En effet, les traitements commencés tôt ont plus d'efficacité sur certaines pathologies classiques observées chez l'enfant comme le pied plat ou les déformations des orteils.

Dans le cadre de la PR, le podologue réalisera les soins d'hygiène lorsque le patient n'aura pas la mobilité articulaire et fonctionnelle requise pour effectuer les gestes nécessaires.

Les orthèses plantaires réalisées sur mesure, après un examen minutieux, sont recommandées en cas d'atteinte articulaire et de douleurs du pied en charge, de troubles de la statique et bien souvent de déformations dues aux atteintes articulaires. Dans le cadre

d'une atteinte par la PR, tout patient devrait bénéficier d'une orthèse plantaire, afin de prévenir et stabiliser les déformations du pied. L'essentiel est de veiller à soulager le patient le mieux possible, tout en mettant en décharge les articulations douloureuses avec le souci permanent de veiller à ce que le périmètre de marche et l'autonomie du patient soient respectés le plus longtemps possible.

Les orthoplasties (orthèses d'orteils) sur mesure peuvent être correctrices ou palliatives afin de rendre le chaussage possible, notamment si vous présentez des déformations des orteils.

Le renouvellement des orthèses du pied est annuel et il est important de respecter la durée et les modalités du port de celles-ci, fixées avec votre podologue. (...)

Retrouvez une multitude d'informations, de définitions et de conseils sur le site de l'UFSP : [www.sante-du-pied.org](http://www.sante-du-pied.org)

### QUELQUES CONSEILS POUR PRENDRE SOIN DE VOS PIEDS

- Inspectez vos pieds tous les jours, en vous aidant éventuellement d'un miroir : la plante des pieds, entre les orteils, ...
- Signalez immédiatement à votre podologue ou médecin traitant toute plaie, douleur nouvelle ou déformation observée.
- Lavez-vous les pieds tous les jours à l'eau tiède et au savon, sans dépasser 5 minutes, essuyez-les et séchez-les soigneusement.
- Ne coupez pas vos ongles trop courts, coupez-les au carré, en arrondissant les coins, n'utilisez pas de limes métalliques.
- Confiez régulièrement vos pieds au podologue et signalez à votre praticien que vous présentez une PR .
- N'utilisez jamais de produits coricides (pourtant vendus en pharmacie...).
- Choisissez des chaussettes en fibre naturelle (coton, laine, fil d'Écosse) et changez-les tous les jours.
- Achetez vos chaussures en fin de journée, choisissez-les souples et amples. Les chaussures doivent s'adapter au pied et non l'inverse. Privilégiez les chaussures respectant l'anatomie de vos pieds.
- Ne marchez jamais pieds nus, même à la maison.
- Inspectez l'intérieur de vos chaussures avant de les porter (afin de vérifier qu'elles ne contiennent pas de corps étrangers qui pourraient vous blesser).
- Ne laissez pas s'installer les callosités ; appliquez quotidiennement une crème hydratante sur l'ensemble de vos pieds.

# Association Française des Polyarthritiques

et des rhumatismes inflammatoires chroniques

## NOUVELLE ADRESSE :

9, rue de Nemours - 75011 PARIS Tél. : 01 400 30 200  
e-mail : [afp@nerim.net](mailto:afp@nerim.net) Site internet : [www.polyarthrite.org](http://www.polyarthrite.org)

L'AFP<sup>ric</sup> a été créée en 1988. Elle est administrée uniquement par des patients. C'est une association reconnue à caractère de bienfaisance, en cours de Reconnaissance d'Utilité Publique, habilitée à recevoir des dons, legs et assurances-vie.

L'AFP<sup>ric</sup> mène de nombreuses actions visant à :

● **AIDER A MIEUX VIVRE AVEC CETTE MALADIE**, en donnant l'accès à l'information sur la maladie et les traitements :

» publication de la revue trimestrielle **Polyarthrite infos** : chaque trimestre, autour d'un thème qui concerne tous les patients, retrouvez dans Polyarthrite infos, magazine de 48 pages, des articles médicaux rédigés par les plus grands spécialistes français en rhumatologie, ainsi que des brèves, des témoignages de patients, les différentes manifestations organisées par l'association à Paris et partout en France...

Chaque année en décembre, la revue est accompagnée d'un supplément « spécial recherche », pour faire un point sur les avancées de la recherche sur la PR et les RIC.

» organisation d'un **Salon annuel** à Paris et en province : conférences médicales, ateliers de bien-être, présence des entreprises du médicament intervenant dans le domaine de la PR et des RIC, échange d'expériences entre patients...

**Le prochain Salon aura lieu les 8 et 9 octobre 2010 !**

» diffusion de plaquettes et brochures d'information.

» organisation de conférences-débats en régions (70 relais en France).

● **SOUTENIR LES MALADES ET DEFENDRE LEURS DROITS** avec le **service Entr'Aide** :

assistante sociale spécialisée et professionnels de l'écoute sont à votre disposition par téléphone au 01 400 30 200 pour vous renseigner sur la maladie, les traitements, les aides sociales dont vous pouvez bénéficier en fonction de votre situation, etc.

Un **service de protection juridique** gratuit est à la disposition des adhérents, pour tout litige dont l'origine est votre polyarthrite ou votre RIC.

● **PROMOUVOIR LA RECHERCHE** :

L'AFP<sup>ric</sup> collecte des fonds afin de financer des projets de recherche pour, un jour, vaincre cette maladie.

● **SENSIBILISER LES AUTORITES DE SANTE ET LE GRAND PUBLIC**, grâce à la participation de l'AFP<sup>ric</sup> dans différents groupes de travail et par des campagnes médiatiques.

**Parce qu'il est essentiel d'être bien informé et de le rester, soutenez l'association et adhérez à l'AFP<sup>ric</sup> !**

