

PolyConseils

www.polyarthrite.org



**Des fiches
pratiques
pour éclairer
vos connaissances
sur la polyarthrite !**



Avec le soutien de :



Reconnue d'utilité publique

Tél. 01 400 30 200

Vous avez une question sur la maladie,
sur les traitements, sur vos droits ?

Le service Entr'Aide est là pour vous répondre



Contactez le service Entr'Aide :



- Par téléphone au **01 400 30 200**
- Sur rendez-vous au Secrétariat national de l'AFP^{ric} :
9, rue de Nemours – 75011 PARIS
- Par mail : entraide@afpric.org

Chaque situation étant différente, **le service Entr'Aide de l'AFP^{ric}** répondra de manière individuelle et personnalisée à vos questions. Notre connaissance de la pathologie, de son évolution et de ses conséquences, nous permet de vous informer, de vous conseiller au mieux, de vous aider à faire reconnaître votre maladie auprès des différents interlocuteurs, de vous permettre d'obtenir les aides auxquelles vous avez droit...

Posez également vos questions sur **le blog Entr'Aide**
et consultez les réponses des professionnels aux questions
les plus fréquemment posées.

www.afpentraide.org

Edito

S'informer pour mieux prévenir



Que la maladie soit installée depuis longtemps ou que le diagnostic soit récent, être atteint d'un rhumatisme inflammatoire chronique est la source de nombreux questionnements.

La polyarthrite est une maladie chronique qui touche principalement les articulations. Mais elle peut également avoir des complications ou des manifestations extra-articulaires et toucher le cœur, les yeux, la peau, les dents... Parfois, les traitements de la polyarthrite favorisent ou aggravent ces complications.

Pour autant, **pas de panique !** Car si tous les malades atteints de polyarthrite sont concernés, ponctuellement ou régulièrement, par la douleur et la fatigue, ce n'est pas le cas pour les atteintes des organes, bien heureusement ! Par ailleurs, un traitement de fond efficace et un suivi médical régulier, associés à certaines mesures de prévention, permettent d'éviter ou de gérer au mieux ces complications.

Parce qu'à l'AFP^{ric}, nous sommes convaincus qu'un malade bien informé est un malade plus vigilant et mieux pris en charge, nous vous proposons dans ce magazine Poly Conseils une compilation de fiches pratiques thématiques contenant des explications, des recommandations, des solutions et des astuces visant à vous aider à appréhender au mieux votre polyarthrite dans tous ses aspects et à améliorer votre qualité de vie.

Cette compilation n'est pas exhaustive et seul votre rhumatologue pourra vous indiquer si vous êtes ou non concerné par les thèmes abordés. N'hésitez pas à en parler avec lui, à l'aide de ce magazine !

Le Comité d'édition de l'AFP^{ric}

Nous remercions MSD France qui soutient les actions de l'AFP^{ric} et sans qui ce projet n'aurait pu aboutir.

Sommaire

p 2 LA DOULEUR

p 4 LA FATIGUE

p 6 LES POUSSÉES

p 7 LES ARTICULATIONS

p 9 LES INFECTIONS

p 12 LA VACCINATION

p 14 CAPITAL OSSEUX ET VITAMINE D

p 16 LE CŒUR

p 18 LA PEAU

p 21 LES PIEDS

p 24 LES DENTS : LA MALADIE PARODONTALE

p 26 LES YEUX

p 28 BIEN PRÉPARER LA CONSULTATION AVEC SON RHUMATOLOGUE



Ouvrage collectif réalisé par l'Association Française des Polyarthritiques et des rhumatismes inflammatoires chroniques (AFP^{ric}).

9, rue de Nemours – 75011 PARIS – Tél. : 01 40 03 02 00

E-mail : afpric@afpric.org Site Internet : www.polyarthrite.org

© 2018, Association Française des Polyarthritiques et des rhumatismes inflammatoires chroniques, Paris. Tous droits réservés, pour tous les pays.

ISBN : 978-2-919050-11-6

Dépôt Légal : octobre 2018

Conception graphique et réalisation : hervemanrique@gmail.com

Impression : Grapho 12 – 30 Les Gaillagues – 12200 Villefranche-de-Rouergue

Cette brochure est destinée à vous informer sur la polyarthrite rhumatoïde. Elle ne peut en aucun cas se substituer aux conseils de votre médecin ou de votre pharmacien et à la prescription de votre médecin. N'hésitez pas à leur demander des précisions sur les points qui ne vous paraîtraient pas suffisamment clairs et à leur demander des informations supplémentaires sur votre cas particulier. Les informations contenues dans cette brochure sont générales ; elles ne sont pas forcément adaptées à votre cas particulier.

Ce document ne se substitue pas aux recommandations des autorités de santé ou à celles des sociétés savantes. Pour plus d'information sur cette pathologie, veuillez consulter votre médecin ou votre pharmacien.

LA DOULEUR

La polyarthrite est une maladie inflammatoire qui atteint en premier lieu les articulations. Cette activité inflammatoire entraîne des douleurs, auxquelles peuvent s'ajouter des douleurs d'origines différentes : quelles solutions s'offrent au patient pour les gérer au mieux ?



Comment est prise en charge la douleur inflammatoire ?

Pour traiter ces douleurs inflammatoires, le médecin prescrit un traitement de fond qui va contrôler la maladie, c'est-à-dire l'inflammation. Mais il peut subsister une inflammation résiduelle, auquel cas le médecin prescrira aussi des corticoïdes ou des anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS) en complément.

Au cours de l'évolution de la maladie, des poussées plus ou moins fréquentes et intenses auront pour conséquences un temps de dérouillage matinal plus long, lié à l'inflammation, et une augmentation de la douleur. En fonction de votre traitement de base, on vous prescrira des anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS) et des antidouleurs ou on augmentera transitoirement votre dose de cortisone. Si la maladie est bien contrôlée mais qu'une articulation reste enflammée et douloureuse, on pourra vous faire une infiltration pour vous soulager.

Pourquoi la douleur devient complexe avec l'ancienneté de la maladie et l'âge ?

En plus de la douleur inflammatoire, si vous avez des articulations abîmées, des séquelles de la PR, de l'arthrose, des lombalgies, vous pouvez aussi souffrir de douleurs mécaniques. Enfin, des douleurs neuropathiques ou osseuses peuvent s'ajouter. Les traitements sont différents en fonction de l'origine de la douleur, il est donc très important d'identifier chaque type de douleur pour les traiter efficacement.

Comment bien gérer ses médicaments ?

→ Pour les douleurs inflammatoires, notamment en cas de poussées, le premier traitement de la douleur est le traitement de fond (méthotrexate, léflunomide, biomédicament, etc.). Pour être efficaces, ces traitements doivent être pris régulièrement, **à la dose et à la fréquence prescrites par le rhumatologue.**

→ En fonction des situations, de **la cortisone** peut être ajoutée. En cas d'augmentation de la douleur, le rhumatologue, en fonction de l'expérience de son patient, peut avoir conseillé d'augmenter la cortisone en cas de poussées, par exemple de 1 mg/jour sur deux ou trois jours. Une fois la « crise » passée, il aura donné les consignes pour redescendre la dose de 1 mg/jour, pendant deux ou trois jours, pour revenir à la dose initiale. La cortisone est efficace mais en raison de ses effets secondaires, elle doit être utilisée à la plus petite dose efficace, sur la période la plus courte possible : là encore, le rhumatologue adapte en fonction du patient. Pour être bien, certains patients ne peuvent se passer d'une petite dose quotidienne sur le long terme quand d'autres ont besoin, ponctuellement, de doses plus importantes.

A retenir : ne jamais arrêter brutalement la cortisone. Ne pas faire le « yoyo » avec les doses.

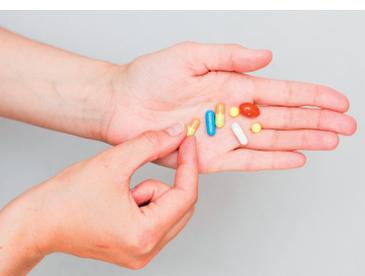
→ Quand il n'y a pas de cortisone ajoutée, pour gérer les périodes plus douloureuses le médecin prescrit des antidouleurs et/ou des AINS. **Les AINS** ont pour but de réduire l'inflammation (qui peut être due à une poussée, à des séquelles, à de l'arthrose, etc.) et donc de réduire la douleur. Ils doivent être pris au moment des repas et en fonction des besoins.

→ **Les antidouleurs** réduisent la douleur. Ils peuvent être pris ponctuellement, mais si la douleur est chronique, il faut l'anticiper pour ne pas la laisser s'installer et s'amplifier. Les antidouleurs ne sont pas à prendre à heure fixe et de façon systématique, **ils doivent être pris au bon moment.** Pour certains patients, les matins sont plus difficiles (prise au réveil), pour d'autres, ce sont les fins de journées qui sont problématiques (prise dans l'après-midi) pour d'autres encore, la douleur s'intensifie dès que l'activité augmente (marche, ménage, jardinage, etc.), ils doivent alors être pris 30 minutes avant l'effort prévu. Il existe des antidouleurs de différentes « puissances ». En fonction de chaque situation, le rhumatologue fait une prescription personnalisée. Elle peut être adaptée dans un cadre fixé par le médecin.

→ **Les médicaments combinés** : le paracétamol peut être combiné avec des opioïdes pour plus d'efficacité. En fonction de vos douleurs, le rhumatologue adapte votre traitement avec des médicaments plus ou moins puissants. Dans certains cas, les douleurs sont si intenses et quotidiennes que de la morphine peut être prescrite pour améliorer votre qualité de vie. Là aussi, la prescription est personnalisée, il existe de la morphine à action lente, qui couvre une durée d'environ 24h, et de la morphine à action rapide, qui a une durée d'action moindre pour couvrir seulement les moments, de la journée ou de la nuit, plus difficiles. Le paracétamol peut aussi être combiné avec un AINS. La répartition antidouleur/AINS est prédéfinie dans le comprimé, si on augmente la dose on augmente les deux à la fois. **A retenir** : il faut bien identifier la composition de ses médicaments pour éviter le surdosage, qui augmente les effets secondaires.

→ En présence de douleurs neuropathiques, un traitement spécifique est prescrit : **antidépresseurs, antiépileptiques**, etc. Ces médicaments sont efficaces sur les douleurs neuropathiques, contrairement à la morphine, et ils ne sont pas prescrits dans ce cas pour leur première indication. De récentes études montrent que ces douleurs neuropathiques sont plus fréquentes qu'on ne le pensait, ce qui pourrait expliquer le niveau de douleur des polyarthritiques, encore trop important malgré l'efficacité des traitements.

Les médicaments sont-ils les seules armes contre la douleur ?



La douleur est une expérience intime et chaque personne la gère différemment. Pour certains, prendre le moins d'antidouleurs, d'AINS ou de cortisone est une priorité. Ils préfèrent, ou surtout, ils peuvent contrôler la douleur en ayant recours à de la détente (en faisant une activité agréable comme par exemple

écouter de la musique, s'isoler au calme, pratiquer une activité artistique). D'autres recourent à des techniques : la relaxation, la sophrologie, l'autohypnose, la stimulation électrique, etc.

Le patient doit avoir le choix de la gestion de sa douleur. Ce qui est efficace pour les uns ne l'est pas forcément pour les autres. Avec l'expérience, chacun trouve sa solution, parfois

après avoir essayé plusieurs possibilités ou combinaisons des « outils » à sa disposition.

Quand avoir recours à la chirurgie ou à un centre de la douleur ?

Quand la maladie a trop abîmé une articulation ou quand de l'arthrose se combine à des séquelles, la chirurgie peut, en bloquant une articulation (arthrodèse) ou par la pose d'une prothèse, la rendre indolore.

Enfin, quand un patient est trop douloureux et de façon quasi continue (articulations abîmées par l'inflammation, usure du cartilage, autres problèmes articulaires associés, douleurs neuropathiques, etc.), consulter dans un centre de la douleur peut être utile. Un bilan pour identifier toutes les origines possibles et le contexte des douleurs sera réalisé afin d'adapter les différentes solutions à disposition, pour soulager le quotidien du patient et améliorer sa qualité de vie.

En bref, comment mieux gérer la douleur ?

- **En prenant son traitement de fond** pour éviter un regain d'activité de la maladie ;
- **En prenant les médicaments**, adaptés à son cas, prescrits par le rhumatologue ;
- **En identifiant les médicaments** que vous prenez, surtout lorsqu'ils sont combinés (paracétamol+opioïdes, ou paracétamol+AINS) pour ne pas dépasser les doses journalières recommandées, afin d'éviter les effets secondaires et en les prenant au bon moment. Vérifiez avec votre médecin que vous avez bien identifié tous les médicaments que vous prenez.
- **En scindant les activités** que vous avez repérées comme « déclenchantes » de douleur, pour éviter qu'elle survienne.
- **En recherchant les activités**, les techniques ou les outils qui peuvent vous aider à gérer la douleur.

**EN MOYENNE,
LES PATIENTS
DÉCLARENT
QUE LA DOULEUR
REPRÉSENTE 51,5 %
DU POIDS DE LA
MALADIE (1)**

À SAVOIR :

Le rhumatologue est l'interlocuteur légitime pour orienter chaque patient entre les différentes possibilités.

A l'occasion d'une crise, d'une période douloureuse, vous pourrez préparer vos questions pour la prochaine consultation afin de discuter, en fonction de ce que vous avez repéré d'efficace ou pas, de vos choix, de la meilleure conduite à tenir quand une nouvelle période difficile surviendra.

Ne baissez pas les bras : il ne faut pas vous résigner à souffrir. Si besoin, prenez un rendez-vous pour une consultation spécialisée. La liste des centres de la douleur et des consultations douleur en France est accessible sur le site de la Société Française d'Etude et de Traitement de la Douleur (SFETD) : <http://www.sfetd-douleur.org/les-structures-douleur-chronique>

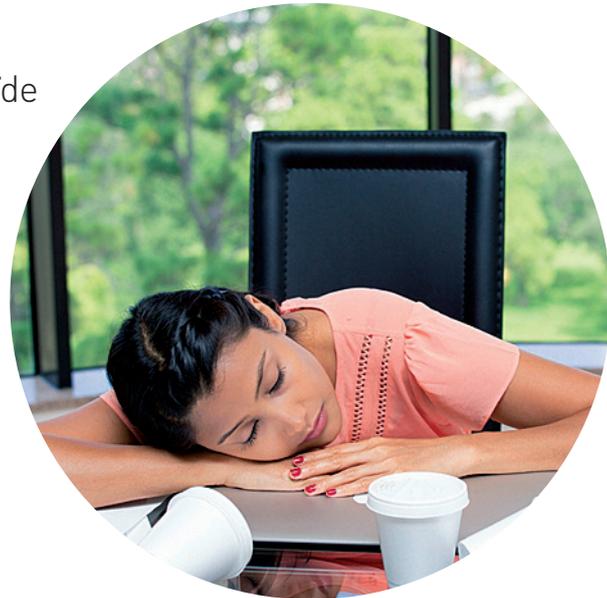
(1) Enquête AFP[®], menée auprès de 1 739 répondants, réalisée en juillet 2016

Sources : Polyarthrite infos n° 91, juin 2013, « La mémoire de la douleur »

Polyarthrite infos n° 110, juin 2018, « Alléger la douleur »

LA FATIGUE

La fatigue est un symptôme fréquent chez les personnes qui souffrent de polyarthrite rhumatoïde (PR) ou de rhumatismes inflammatoires chroniques. C'est une manifestation aussi importante que la douleur. Elle survient sans prévenir, elle terrasse, et empêche parfois de mener une vie normale. D'où vient cette fatigue et comment la domestiquer au mieux ?



La fatigue dans la PR

Avoir une polyarthrite conduit à une fatigue aux origines somatiques (douleurs, altération des capacités fonctionnelles, raideurs matinales) et psychiques (diminution des capacités à travailler, dégradation de la vie sociale, sentiment de mal-être, modification de l'apparence, etc.).

Cette fatigue n'est malheureusement que peu soulagée par le repos, ni même par le sommeil, vous pouvez vous réveiller et vous coucher fatigué, et même si vous êtes en forme, elle peut surgir à n'importe quel moment de la journée, sans raison apparente.

Symptôme récurrent, invisible et dont le ressenti est propre à chacun, la fatigue peut créer des tensions avec l'entourage et diminuer votre seuil de tolérance à la douleur. Celle-ci demande en effet beaucoup d'énergie pour être supportée et si vous êtes fatigué, vous êtes plus vulnérable. Si l'épisode se prolonge, il y a un risque de développer un symptôme dépressif.

Pourquoi êtes-vous toujours fatigué ?

→ **La fatigue due à l'inflammation chronique.** L'inflammation due à la PR résulte d'une activation anormale de votre système immunitaire. Lors des périodes de poussées, il mobilise de nombreuses cellules qui sécrètent des cytokines pro-inflammatoires responsables d'un certain nombre de symptômes, dont la fatigue.

→ **La fatigue due aux réveils nocturnes.** La PR peut engendrer des douleurs ou des raideurs musculaires qui surviennent le plus souvent dans la seconde partie de la nuit, occasionnant des réveils nocturnes. Votre sommeil est alors perturbé et n'est plus suffisamment réparateur.

→ **La fatigue liée au stress de la maladie.** En plus d'être soumis au stress du quotidien comme tout un chacun, vous pouvez être soumis à un stress engendré par les complications et les

contrariétés provoquées par la maladie : traitements pas suffisamment efficaces, incertitude face à l'avenir, peur de ne pas gérer une situation particulière, etc. Toutes ces sources de stress, si elles sont répétitives, engendrent de la fatigue.

→ **La fatigue liée à la déprime/dépression.** Les personnes souffrant d'une maladie chronique sont plus à même de souffrir d'épisodes de déprime, voire même de dépression. Et pour cause, le manque de sommeil, la fatigue permanente, l'anxiété de l'avenir, la peur des effets secondaires des traitements, l'inquiétude quant à l'évolution de la maladie, l'incompréhension de l'entourage sont autant de raisons qui fatiguent le corps et l'esprit.

→ **La fatigue liée à une possible anémie.** Les causes sont encore méconnues, mais les maladies chroniques peuvent être associées à une anémie, c'est-à-dire un déficit en globules rouges, dont le rôle est de transporter l'oxygène dans le sang. Moins vous avez de globules rouges, plus votre corps manque d'oxygène, d'où la fatigue, le manque d'énergie et un essoufflement rapide à l'effort. A noter que le méthotrexate peut avoir comme effet indésirable une diminution de la quantité de certaines cellules sanguines, dont les globules rouges, ce qui peut entraîner également une anémie.

→ **La fatigue liée aux effets indésirables des traitements.** Si à terme, les traitements réduisent l'inflammation, la douleur et donc la fatigue, il est possible qu'en début de traitement vous ressentiez une fatigue inhabituelle dans les 48h qui suivent la prise, qui s'estompera avec le temps.

→ **La fatigue liée à d'autres causes.** La fatigue peut être la conséquence de l'inactivité physique. Cette sédentarité provoque une fonte musculaire qui rend les tâches quotidiennes plus difficiles. Une alimentation pauvre en sucres lents (féculents, pain complet, lentilles, etc.) et en vitamines peut également en être la cause. Un déséquilibre de la thyroïde ou des surrénales peuvent être d'autres causes possibles de fatigue.

Comment attaquer la fatigue sur tous les fronts ?

→ **Un traitement efficace et une bonne observance** peuvent diminuer significativement la fatigue. En réduisant l'inflammation, les traitements agissent sur la douleur et les réveils nocturnes.

→ **L'activité physique** a démontré son efficacité sur la santé en général et dans la PR en particulier, en améliorant les capacités fonctionnelles, la force musculaire et en diminuant l'anxiété et le stress. Ces améliorations notables ont pour répercussion un effet de prévention et de réduction de la fatigue. Cependant, la pratique d'une activité physique nécessite d'être à l'écoute de son corps. Pendant les périodes de poussées, il est recommandé de ne pas solliciter les articulations douloureuses et en dehors, de savoir vous arrêter dès que la douleur ou une fatigue inhabituelle se font ressentir.

→ **Sachez vous ménager**, apprenez à connaître vos limites, organisez vos activités en fonction de vos priorités et osez demander l'aide de votre entourage pour effectuer certaines tâches. Une organisation adaptée à votre niveau de fatigue vous permettra de vous ménager, tout en menant à bien vos projets les plus importants. Il faut apprendre à scinder les tâches éprouvantes malgré l'envie de préférer finir ce que vous avez commencé. Et quand c'est possible, une sieste vous permettra de recharger vos batteries.

→ **Une bonne literie** est la base d'un sommeil réparateur. Si la vôtre est vieillissante et que vous n'avez pas les moyens de la renouveler, il existe des sur-matelas, bien moins chers, qui amélioreront votre confort.

→ **Des horaires de lever et de coucher réguliers** sont essentiels pour lutter contre les troubles du sommeil.

→ **Ayez une bonne hygiène de vie** en limitant votre consommation d'alcool, de tabac, de café et privilégiez une alimentation équilibrée, riche en glucides lents et en vitamines, pour vous fournir l'apport énergétique nécessaire pour être en forme.

**50 À 70 %
DES PERSONNES
SOUFFRANT DE PR
SE DISENT TRÈS
GÊNÉES PAR LA
FATIGUE, 50 % DANS
LA SPONDYLOARTHRITE
ET LE RHUMATISME
PSORIASIQUE⁽¹⁾**

Fatigue ou dépression ?



Difficile de répondre... La dépression se traduit, notamment, par un état de grande fatigue sans raison apparente, comme dans la PR. Alors si votre fatigue est persistante, qu'elle vous empêche régulièrement de mener à bien

vos activités quotidiennes et que vous n'avez plus envie de rien, nous vous recommandons de consulter votre médecin traitant qui fera le point avec vous et, le cas échéant, vous orientera vers un spécialiste.

TESTEZ VOTRE NIVEAU DE FATIGUE Echelle de Pichot

Pour les huit propositions suivantes, entourez la note qui correspond le mieux à votre état :

0 = pas du tout ; 1 = un peu ; 2 = moyennement ; 3 = beaucoup ; 4 = extrêmement

→ Je manque d'énergie	0	1	2	3	4
→ Tout me demande un effort	0	1	2	3	4
→ Je me sens faible à certains endroits du corps	0	1	2	3	4
→ J'ai les bras ou les jambes lourdes	0	1	2	3	4
→ Je me sens fatigué sans raison	0	1	2	3	4
→ J'ai envie de m'allonger pour me reposer	0	1	2	3	4
→ J'ai du mal à me concentrer	0	1	2	3	4
→ Je me sens fatigué, lourd et raide	0	1	2	3	4

Total :

Un total supérieur à 22 signale une fatigue excessive. Si c'est votre cas, apportez ce test à votre médecin pour essayer d'en identifier les causes et trouver une solution.

(1) Conférence « Peut-on vaincre la fatigue ? », Professeur Gossec (CHU Pitié-Salpêtrière, Paris), Salon de la polyarthrite et des rhumatismes inflammatoires chroniques, 2015
Source : Polyarthrite infos n° 106, juin 2017, « Les enjeux de l'activité physique »

LES POUSSÉES

L'amélioration des traitements de fond et de la prise en charge de la polyarthrite ont permis de réduire significativement le nombre de poussées. Mais que faire lorsqu'une poussée survient entre deux rendez-vous chez votre rhumatologue ? Comment distinguer une poussée inflammatoire d'un « mauvais jour » ?



Une poussée par mois, est-ce acceptable ?

80 % des patients interrogés déclarent qu'une poussée par mois n'est pas acceptable et 96 % des rhumatologues le pensent aussi, c'est ce qu'a révélé l'enquête « Double regard », menée par l'AFP^{ric} en 2014⁽¹⁾. La régularité d'une poussée par mois semble indiquer que quelque chose ne va pas. Il est important de noter la fréquence et l'intensité de vos poussées et d'en référer à votre rhumatologue pour qu'il réajuste ou change votre traitement si nécessaire.

Que faire en cas de poussée ?

80 % des patients affirment se sentir démunis en période de poussée⁽²⁾. Pour passer ces moments difficiles, il est impératif que vous sachiez réagir à temps. Il existe de nombreuses solutions pour vous soulager. Lors de votre consultation, votre médecin doit vous informer des médicaments que vous pouvez prendre en cas de poussée et des doses maximales autorisées. Par prudence, ayez toujours une copie de votre ordonnance sur vous.

→ **Les antalgiques, aussi appelés antidouleurs**, sont classés en trois catégories suivant l'intensité de la douleur à traiter.

- Les antalgiques de niveau I, dont les principaux sont le paracétamol, l'aspirine et les anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS), sont utilisés pour traiter les douleurs d'intensité légère à modérée. Le paracétamol est le plus utilisé à raison de 4 g maximum par jour et avec un espacement minimum de 4 heures entre deux prises. L'aspirine et les AINS ont une double action, antalgique et anti-inflammatoire. Consultez la notice pour ne pas dépasser les doses maximales.

- Les antalgiques de niveau II, type codéine ou tramadol, soulagent les douleurs modérées à intenses et peuvent être associés à un antalgique de niveau I.

- Les antalgiques de niveau III, comme la morphine, sont utilisés pour les douleurs sévères à intenses qui n'ont pu être soulagées par les antalgiques de niveau I et II.

Attention, ne prenez jamais deux AINS en même temps ou de la cortisone et un AINS. De même, soyez vigilant quant à la

composition de certains médicaments vendus sans ordonnance qui peuvent contenir des AINS comme de l'ibuprofène ou de l'aspirine.

Quelles que soient les molécules que vous prenez, elles ne doivent pas toujours être prises de façon systématique (un matin, un midi, un soir par exemple) mais en fonction des douleurs : si vous avez souvent des douleurs nocturnes, prenez un antidouleur le soir au coucher ; si vous avez mal après une activité physique un peu intensive, prenez un antidouleur juste avant l'activité. Il est important d'avoir toujours un petit stock d'antidouleurs et de connaître les doses que vous pouvez prendre.

→ **La cortisone** est un anti-inflammatoire puissant, en cas de poussée et en accord avec votre médecin, vous pouvez augmenter les doses de 1 à 2 mg/jour pendant un à trois jours.

→ **Les autres solutions.** En période de poussée inflammatoire, il ne faut pas solliciter les articulations qui sont douloureuses, chaudes et gonflées. Vous pouvez appliquer une poche de glace sur vos articulations enflammées pour atténuer la douleur et le gonflement.

Surtout ne restez pas totalement inactif, essayez de vous distraire pour tenter d'oublier vos douleurs.

→ **Savoir faire la différence entre les poussées inflammatoires et les « mauvais jours »**

La notion de « poussée » n'est pas la même pour tous, les manifestations sont différentes d'un individu à un autre. Il n'y a pas d'intensité ou de fréquence définie, mais dans la majorité des cas, les poussées se traduisent par plusieurs articulations gonflées et douloureuses, même au repos, pouvant provoquer des réveils nocturnes et une augmentation du temps de raideur le matin. Une fatigue inhabituelle peut se manifester, accompagnée parfois d'une faible fièvre. Mais il peut aussi s'agir d'un mauvais jour, où vous vous sentez plus fatigué avec des articulations moins mobiles. Il est important que vous sachiez reconnaître une poussée d'un mauvais jour pour pouvoir agir sur l'inflammation et ainsi limiter les érosions articulaires.

(1) Enquête « Double regard » sur *La prise en charge des poussées inflammatoires* menée par l'AFP^{ric} en octobre 2014

(2) Enquête sur *Les poussées inflammatoires* menée par l'AFP^{ric} en mai 2013

Sources : Polyarthrite infos n° 106, juin 2017, « Du bon usage des anti-douleurs », Irène Pico, avec l'aimable relecture du Docteur Anne Galinier (rhumatologue à l'Assistance Publique Hôpitaux de Marseille)

Polyarthrite infos n° 91, juin 2013, « Les traitements de la douleur », entretien avec le Docteur Jean Bruxelles (Fondation Rothschild, Paris)

LES ARTICULATIONS

L'état inflammatoire chronique produit par la polyarthrite rhumatoïde (PR) fragilise les articulations. Les traitements permettent de contrôler la maladie mais ils entraînent parfois, à leur tour, une fragilisation des os. Il est donc essentiel de prendre soin de ses articulations dès le début de la maladie pour qu'à tous les âges, on fasse reculer douleurs, déformations et gêne aux mouvements.



Quels gestes sont à adapter ?

Pour éviter d'imposer aux articulations des contraintes excessives qui entraînent une évolution défavorable, il faut éviter certains gestes et adopter de nouvelles façons de prendre et manipuler les objets. Par exemple, pour économiser les mains qui sont souvent touchées, il faut essayer de s'habituer à solliciter d'autres doigts que le pouce et l'index, qu'on utilise beaucoup plus que les autres doigts pour saisir un objet. Il vaut mieux privilégier de prendre les objets à pleine main. En fonction des articulations touchées, il faut chercher des solutions pour éviter les torsions des doigts et des poignets, pousser plutôt que tirer (pour un plat à déplacer par exemple), mais aussi choisir un chariot pour les courses plutôt qu'un cabas, alterner les sacs à main, légers, portés soit en bandoulière soit à l'épaule ou encore à la main ; moins on force de façon répétitive sur une articulation, mieux c'est. Choisir des objets plus gros (une grande tasse, une brosse à cheveux à large manche, des gros boutons sur les vêtements ou pour l'électroménager plutôt que des petits) qui permettent un bon enroulement des doigts. Utiliser un gant de ménage qui permet d'utiliser toute la paume de la main pour nettoyer plutôt qu'une éponge ou un chiffon. Aidez-vous des grosses articulations – épaules et hanches – pour soulager vos mains et vos poignets, par exemple pour refermer une porte, un tiroir...

Des gestes et du rythme

Prendre soin de ses articulations ne veut pas dire ne plus faire ou réduire ses activités. Bien au contraire. Maintenir une activité quotidienne normale participe à la conservation des fonctions articulaires. Au-delà des gestes plus adaptés, il faut s'entraîner à scinder ses activités pour ne pas solliciter trop longtemps les mêmes articulations. Faire un peu de ménage tous les jours plutôt qu'y consacrer une journée ; alterner la frappe sur un clavier d'ordinateur avec d'autres activités qui permettent d'utiliser ses mains autrement ou de les mettre

au repos ; même chose pour le jardinage ou les activités physiques. En promenade ou lors d'une journée shopping, prévoir une pause déjeuner ou un goûter ; en vacances, couper les activités du jour avec une sieste ou une pause lecture...

Quand commencer à économiser ses articulations ?

Quand une articulation est douloureuse, on cherche spontanément à modifier nos gestes pour éviter la douleur ; mais même sans douleur, il est utile de s'habituer à de nouveaux gestes protecteurs dès le début de la maladie. Changer ses habitudes n'est pas facile et prend du temps, et l'absence de douleur peut être trompeuse en laissant penser qu'on n'a pas encore besoin de préserver ses articulations. L'économie articulaire est utile pour tous (nous connaissons tous des personnes, épargnées par la maladie, gênées par une ou plusieurs articulations abîmées) mais encore plus lorsqu'on est atteint de PR, et s'en préoccuper le plus tôt possible est un avantage. Dès le diagnostic, on est concerné par la prévention.

Un lieu de vie à votre mesure

L'organisation et l'aménagement de votre habitation sont essentiels si vous avez déjà des gênes fonctionnelles ou pour anticiper ce qui sera mieux pour vous à l'occasion de la rénovation d'une pièce par exemple. Les systèmes d'ouverture et de fermeture de la maison gagnent à être adaptés : placards à portes coulissantes, poignées de portes et de fenêtres à levier plutôt que rondes, volets électriques... La cuisine, que l'on utilise plusieurs fois par jour, peut être aménagée à moindre frais en changeant les poignées des placards, en remplaçant



les étagères des meubles bas par des paniers coulissants, en ne mettant en hauteur que la vaisselle ou les ustensiles légers, et en privilégiant des étagères pour avoir tout à portée de main sans effort. Dans la salle de bain, privilégiez une douche accessible à la place d'une baignoire...

Les objets malins

À court ou long terme, la PR peut provoquer un manque de force ou de mobilité d'une ou plusieurs articulations et certains gestes deviennent difficiles, comme ouvrir une bouteille d'eau ou un bocal. Il existe des objets qui facilitent la vie : des ouvre-bouteilles qui permettent de dévisser des bouchons avec



un moindre effort, des ouvre-bocaux manuels ou électriques, des décapsuleurs muraux, des ciseaux à ressort, ou encore pour le bricolage des visseuses électriques. On peut trouver ces objets dans les commerces courants, dans des catalogues de vente par correspondance ou dans des magasins spécialisés de vente « d'aides techniques ».

Quand consulter un ergothérapeute ?



Le rhumatologue est votre premier interlocuteur ; en fonction de l'activité de votre maladie, de l'état de vos articulations, de votre âge et de vos douleurs ou gênes, il pourra vous orienter vers un ergothérapeute ou un kinésithérapeute qui pourra vous apprendre des

mouvements de gymnastique pour entretenir vos articulations. L'ergothérapie a pour but l'apprentissage de l'économie articulaire, de l'adaptation des appareillages et des aides techniques à votre environnement. Cette discipline paramédicale, en dehors des institutions (hôpitaux, MDPH...), n'est pas prise en charge par l'Assurance maladie et n'est donc pas toujours facile d'accès. Si les bons gestes de prévention ne sont pas suffisants et que des déformations ou des gênes apparaissent, il faut vous renseigner localement auprès de vos médecins, de votre mutuelle et des institutions pour bénéficier de cette prise en charge spécifique. L'Association Nationale Française des Ergothérapeutes (ANFE) recense les professionnels libéraux : www.anfe.fr ou par téléphone au 01 45 84 30 97.

Quel est l'intérêt des orthèses ?

Les orthèses, à la différence des prothèses qui remplacent un élément manquant, sont des appareillages (en mousse, résine ou plastique) qui ont pour but soit de mettre au repos une articulation dans une bonne position, comme le pouce, le poignet ou le genou, afin de limiter les raideurs, calmer les douleurs mais aussi prévenir les déformations ; soit de maintenir ou rétablir une fonction en stabilisant une articulation abîmée afin de vous aider dans la vie quotidienne. On trouve des orthèses « standard » en parapharmacie, mais on peut les faire réaliser sur mesure par un ergothérapeute. Les orthèses sur mesure seront plus adaptées à votre anatomie, conformes à une position de protection articulaire, et pourront être modifiées par l'ergothérapeute si elles deviennent inconfortables ou inadaptées. Les orthèses ne se portent pas en permanence, elles ne doivent pas blesser et elles peuvent être prescrites dès le début de la maladie, notamment pour éviter les déformations sources de handicap.

À SAVOIR :

Les **Centres d'Information et de Conseil en Aide Technique (CICAT)** peuvent vous conseiller sur le matériel d'aide à la vie quotidienne ou l'aménagement du domicile indépendamment de toute démarche commerciale : ce sont des associations loi 1901, sans but lucratif.

La liste des CICAT se trouve sur le site <https://informations.handicap.fr/carte-france-cicat.php>

LES INFECTIONS

Le risque de maladie infectieuse est plus élevé chez les polyarthritiques du fait de la maladie elle-même, mais également des traitements. C'est pourquoi il est important d'identifier les infections les plus fréquentes, et de savoir réduire les risques.

Une infection : qu'est-ce que c'est ?

Une infection résulte de la multiplication anormale dans notre corps d'un germe : bactérie, virus, champignon ou parasite. Elle apparaît généralement suite à l'effraction de la barrière "peau-muqueuses" par un agent pathogène, donc potentiellement infectieux, provenant de l'environnement. Cette barrière est elle-même composée de germes, hôtes protecteurs que notre organisme héberge naturellement au sein de la flore commensale ou microbiote. Certains facteurs peuvent entraîner un déséquilibre de cette flore, ce qui peut également aboutir à une infection (mycoses cutanées, vaginales, digestives par exemple).

Pourquoi le risque infectieux est-il augmenté quand on a une PR ou un autre rhumatisme inflammatoire chronique ?

Le risque infectieux est 2 à 4 fois plus élevé chez les patients atteints de polyarthrite rhumatoïde (PR) que dans la population générale⁽¹⁾.

La fréquence accrue des infections est d'abord liée à la maladie elle-même et aux désordres immunologiques qui accompagnent la réaction auto-immune. Les corticoïdes, de même que les traitements de fond (synthétiques et biologiques), amplifient ce risque infectieux car leur mode d'action implique un effet immunosuppresseur. Certains comportements, facteurs d'environnement ou comorbidités (tabagisme, alcoolisme, diabète) augmentent encore ce risque, de même que le risque d'atteinte extra-articulaire, touchant le poumon en particulier.

En quoi les infections représentent-elles un danger ?

L'agressivité intrinsèque du germe détermine en partie seulement la sévérité d'une infection. C'est l'étendue de celle-ci qui en est le critère principal : le fait qu'une infection locale se généralise en fait toute la gravité. C'est pourquoi il faut absolument éviter que les germes d'une infection locale ne passent dans la circulation sanguine et ne provoquent une



infection cardiaque ou une septicémie, infection généralisée dangereuse et difficile à traiter. Avec les pathologies cardiovasculaires, les infections bactériennes sévères sont les principales causes de mortalité liée à la PR.

Quelles sont les infections les plus fréquentes ?

Ce sont principalement **les infections respiratoires** (bronchites, pneumonies), **urinaires** (cystites, pyélonéphrites) et **cutanées**. Les infections ostéo-articulaires sont de moins en moins fréquentes car l'avènement des biomédicaments a réduit les déformations articulaires, donc les gestes de chirurgie orthopédique et leurs complications infectieuses.

Quels sont les traitements à risques ?

L'effet immunosuppresseur des traitements expose les patients à un risque accru d'infection. Dans certains cas, le traitement de la PR devra être suspendu en cas d'infection. Le risque d'infection pulmonaire augmente avec des doses croissantes de **corticoïdes** ; toute dose supérieure à 10 mg/jour d'équivalent prednisone est considérée comme immunosuppressive.

En revanche, le risque infectieux lié au seul **méthotrexate** est limité. En cas d'infection bactérienne simple (infection urinaire, cutanée, sinusite, bronchite) traitée par antibiotique oral, ou d'infection virale non compliquée (herpès par exemple), il est inutile d'arrêter le méthotrexate. En cas d'infection bactérienne (pneumococcie) ou virale (zona) sévère, justifiant une hospitalisation ou un traitement lourd, il sera arrêté jusqu'à disparition de l'infection.

Le risque d'infection sous **anti-TNF alpha** est particulièrement élevé au cours des premiers mois de traitement, puis diminue avec l'amélioration de l'état général du patient et l'arrêt des corticoïdes. Le risque de tuberculose pulmonaire et extra-pulmonaire est plus élevé sous biomédicament, ce qui justifie

(1) Polyarthrite rhumatoïde et infection, Hasna Hassikou et al., Rev Mar Rhum 2012;19:24-26



le dépistage de tuberculose latente dans le bilan pré-biomédicament. De même, les mycoses localisées et profondes sont plus fréquentes sous anti-TNF alpha que sous méthotrexate seul. Dans ce cas, comme dans les infections urinaires et autres infections bactériennes, l'anti-TNF sera arrêté.

Concernant **les biomédicaments plus récents**, les données de la littérature sont encore parcellaires,

aussi les mêmes mesures de précaution qu'avec les anti-TNF alpha sont actuellement appliquées.

Comment réduire le risque infectieux ?

→ En évaluant ce risque avant la mise en route d'un traitement immunosuppresseur

Avant la mise en route de tout traitement de fond synthétique ou biologique, votre rhumatologue recherchera une éventuelle infection en cours. Il fera également un point avec vous sur vos antécédents d'infection chronique ou récidivante (tuberculose, hépatites B ou C...), de pathologie sous-jacente prédisposant aux infections graves (hypogammaglobulinémie, VIH), vos séjours en zone tropicale...

Enfin, il évaluera vos facteurs de risque infectieux : diabète, tabagisme, alcoolisme, corticothérapie, présence de prothèses articulaires ou valvulaires ou de tout autre matériel.

Il prendra, si nécessaire, l'avis d'un infectiologue pour prendre sa décision.

À l'issue de ce bilan, certains traitements de fond peuvent être strictement contre-indiqués. En cas d'infection, un traitement antibiotique ou antiviral sera prescrit afin de pouvoir mettre en route ultérieurement le traitement de fond du rhumatisme inflammatoire chronique, avec une surveillance du risque de récurrence de l'infection.

Enfin, afin de vous protéger contre certaines infections, le rhumatologue fera un point avec vous concernant **vos vaccinations** et vous proposera une mise à jour de celles-ci (voir la fiche "La vaccination" page 12) avant de mettre en route le traitement de fond car les vaccins vivants atténués (BCG, fièvre jaune) seront strictement contre-indiqués après, ou nécessiteront plusieurs mois d'interruption du traitement de fond.

→ En appliquant des mesures de prévention

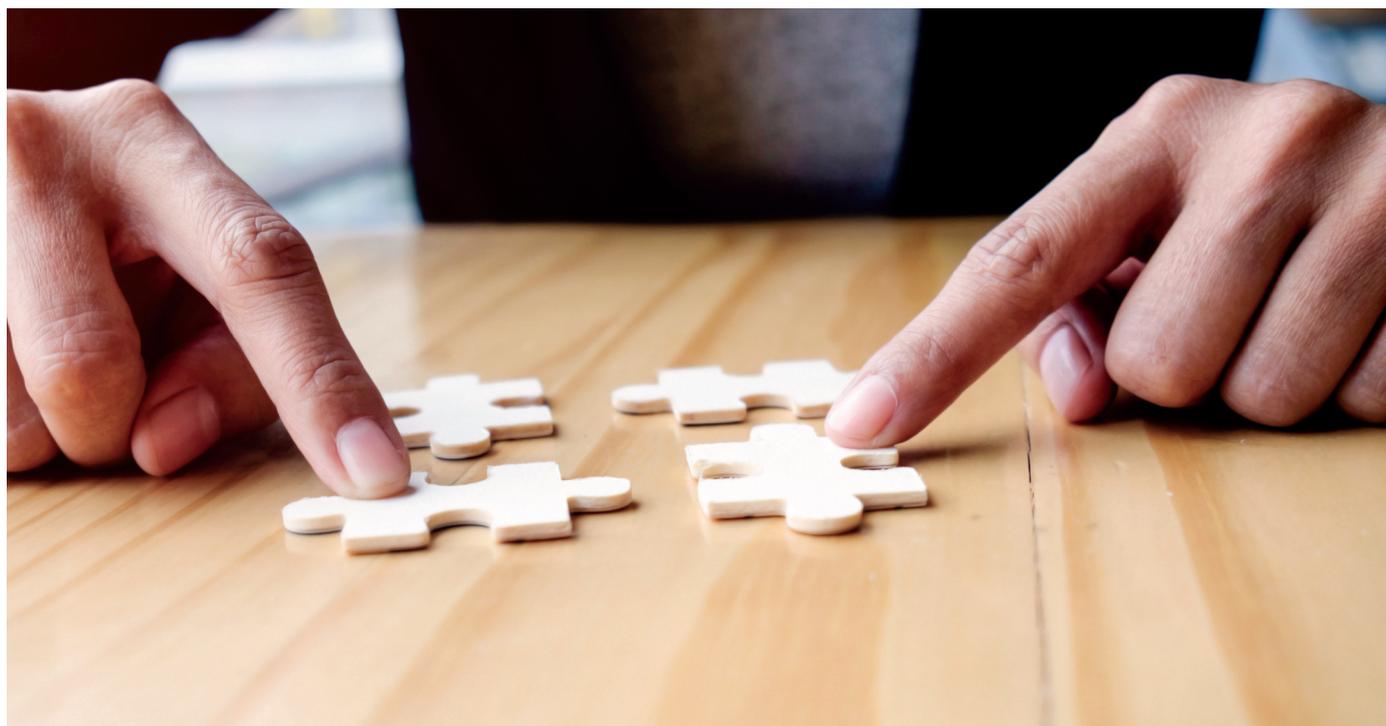
La réduction des facteurs de risque implique un traitement efficace du diabète, un sevrage tabagique et/ou alcoolique.

La mortalité liée aux infections broncho-pulmonaires étant plus élevée dans la PR, **la vaccination annuelle contre la grippe** est fortement recommandée, de même que celle **contre le pneumocoque**.

Chez la femme, une visite annuelle chez le gynécologue permet de surveiller l'apparition des infections à papillomavirus (HPV).

En cas de **chirurgie**, le méthotrexate ne sera pas arrêté systématiquement. La décision sera discutée entre le rhumatologue et le chirurgien, avec mise en place si nécessaire d'un traitement antibiotique préventif (antibioprophylaxie). En revanche, le risque infectieux chez les patients sous anti-TNF alpha qui se font opérer augmente dans certaines circonstances. En cas de chirurgie programmée, selon différents critères (la molécule, la sévérité de l'affection rhumatologique et son contrôle par le traitement, le risque lié à la chirurgie, au patient), un délai d'arrêt du traitement de 2 à 10 semaines sera préconisé. La reprise de l'anti-TNF ne sera autorisée qu'après cicatrisation complète et en l'absence d'infection.

Une bonne **hygiène bucco-dentaire** et des soins réguliers sont recommandés. Des soins lourds peuvent être proposés avant l'instauration du traitement. Les soins dentaires usuels et la pose d'implants ne nécessitent pas d'interruption du méthotrexate ni des anti-TNF. Concernant les extractions et soins de granulome dentaire et d'abcès, seuls les anti-TNF doivent être interrompus. Dans tous les cas, une antibiopro-



phylaxie est cependant préférable, n'oubliez pas d'en parler à votre dentiste ! (Voir la fiche « Les dents » page 24).
En cas de **brûlure simple ou de fracture**, le méthotrexate et les anti-TNF alpha peuvent être poursuivis. Il faudra cependant veiller à ce que la brûlure ne se surinfecte pas, grâce à des soins locaux. En cas de brûlure sévère ou étendue, les anti-TNF seront interrompus jusqu'à cicatrisation.

→ En repérant les infections

Pas de panique en cas de mal de ventre, de mal de tête ou de rhume banal ! Si cet épisode n'est pas accompagné de fièvre et dure moins de 24 heures, le traitement de fond doit être continué normalement.

Les infections symptomatiques sont relativement faciles à repérer : toux, difficultés à respirer, brûlures en urinant, éruptions cutanées, lésions cutanées douloureuses et purulentes, herpès labial ou génital, réapparition brutale de douleurs articulaires...

Une fièvre supérieure à 38°C signe la sévérité d'une infection. Cependant, certaines infections urinaires ne s'accompagnent pas de fièvre et un ECBU doit être réalisé dès le moindre doute : urines malodorantes, anormalement fréquentes ou contenant du sang.

Si la fièvre s'accompagne de frissons et d'asthénie, il peut s'agir d'une infection grave nécessitant une hospitalisation en urgence, n'hésitez pas à contacter rapidement un médecin ou à appeler le 15.

Dans le bilan sanguin, en-dehors de tout contexte inflammatoire,

l'augmentation de la CRP et des leucocytes (globules blancs), plus particulièrement des polynucléaires neutrophiles, peuvent également évoquer une infection, de même qu'un amaigrissement ou une fatigue inexplicables.

→ En traitant les infections

L'infection sera traitée selon la nature du germe par antibiotique, antifongique ou antiviral, par voie locale, orale ou injectable en fonction de la sévérité de celle-ci. Dans tous les cas, les anti-TNF alpha ou autres biomédicaments ne seront réintroduits qu'après guérison complète de l'infection, après au moins 8 jours d'arrêt du traitement anti-infectieux. La réapparition des symptômes peut parfois poser la question de l'arrêt définitif du biomédicament en cours, avec le plus souvent proposition d'une nouvelle molécule.

En conclusion : *connais-toi toi-même !*

Le risque infectieux est plus élevé quand on est atteint d'un rhumatisme inflammatoire chronique que dans la population générale. Mais ce risque peut être réduit grâce au médecin, et surtout grâce au malade lui-même qui, en apprenant à se connaître, peut prévenir la survenue ou l'extension des infections.

Ainsi, la tolérance aux traitements de fond sera améliorée, les périodes d'interruption réduites et leur efficacité bien meilleure !

À SAVOIR :

La meilleure des mesures préventives, c'est de bien se connaître, de bien s'observer soi-même et d'agir en conséquence !

- Je me sens fébrile ? Je confirme au thermomètre et je cours chez le médecin, ça ne passera pas tout seul !
- J'ai un ongle qui a tendance à s'incarner ? Je vais chez le pédicure !
- Je sors le soir et il risque d'y avoir des moustiques ? J'amène ma bombe répulsive !
- Je mets des chaussures neuves ? Je prends dans mon sac des pansements hydrocolloïdes. Ainsi dès le premier point de friction, j'évite l'ampoule.
- En évitant à la moindre petite lésion de s'infecter, j'évite le risque d'une infection bien plus importante.



Quelques mesures de bon sens...

- Se laver correctement les mains fréquemment : dès que l'on rentre chez soi, après avoir été aux toilettes, avant de toucher des aliments...
- Ne pas embrasser une personne malade.
- Tousser, éternuer et se moucher dans des mouchoirs à usage unique.
- Être vigilant sur la conservation des aliments (attention à bien laver à chaque fois la planche à découper).
- Ouvrir les fenêtres régulièrement pour aérer et diminuer la concentration en microbes.
- Ne pas toucher directement ses yeux, sa bouche ou son nez, sans s'être lavé les mains au préalable.

LA VACCINATION

La vaccination est un moyen efficace de lutter contre les maladies. Pourtant le nombre de personnes vaccinées contre la grippe recule en France malgré les recommandations des autorités de santé. Ce net recul du taux de vaccination présente un danger réel pour les populations à risques, notamment les polyarthritiques. Depuis 2018, un nouveau calendrier pour tous les vaccins, plus simple, a été mis en place par le ministère chargé de la santé. Il remplace les précédentes fréquences qui étaient en vigueur. Les traitements immunosuppresseurs de la polyarthrite rhumatoïde (PR), ainsi que la corticothérapie, augmentent le risque de maladies infectieuses, vous êtes donc particulièrement concerné !



Quels sont les principaux vaccins conseillés ?

Les vaccins inactivés contiennent l'agent infectieux « tué » par un traitement spécifique qui maintient sa capacité à induire une réponse immunitaire. Ils sont recommandés pour la population générale (et certains sont obligatoires) : DTP (diph-térie, tétanos, poliomyélite), coqueluche, méningocoque C, Haemophilus influenzae b, hépatite B et pneumocoque. Ces recommandations sont générales, vous devez impérativement vérifier avec votre médecin ce qui est approprié pour votre cas personnel.

La grippe

La vaccination est fortement recommandée chez les personnes atteintes de certaines maladies chroniques, dont la PR, *a fortiori* si elles sont sous corticoïdes ou sous biomédicament, et chez les personnes âgées de 65 ans et plus. C'est pourquoi

chaque année, l'Assurance maladie organise une campagne de vaccination contre la grippe, d'environ **fin septembre à fin janvier** de l'année suivante.

La vaccination doit être refaite tous les ans car le virus mute d'une année sur l'autre.

Il faut environ 2 semaines après le vaccin pour être protégé. Faites-vous vacciner dès le début de la campagne afin d'être protégé quand l'épidémie survient.

Quelle est la prise en charge ?

Ce vaccin étant recommandé pour les polyarthritiques, l'Assurance maladie prend en charge à 100 % le vaccin et l'injection qui peut être réalisée par votre médecin ou par une infirmière.

La vaccination contre la grippe est-elle efficace ?

Oui, même si votre traitement immunosuppresseur peut influencer de façon variable l'efficacité de vos vaccins. Des études dans la polyarthrite ont montré l'intérêt de la vaccination.

En pratique

- Vous avez déjà été vacciné dans le cadre d'une précédente campagne de l'Assurance maladie ? C'est simple. Rendez-vous directement chez votre pharmacien qui vous remettra gratuitement le vaccin sur présentation de l'imprimé de prise en charge adressé par votre caisse d'Assurance maladie. Rendez-vous ensuite chez votre médecin ou infirmier pour vous faire vacciner.
- Vous recevez l'imprimé de prise en charge de votre caisse d'Assurance maladie pour la 1^{ère} fois ? Consultez votre médecin traitant, muni de ce document. S'il le juge nécessaire, il vous prescrira le vaccin qui vous sera remis gratuitement par votre pharmacien. Rendez-vous ensuite chez votre infirmier (sur prescription), ou le médecin lui-même, qui injectera le vaccin.
- Vous êtes une personne à risque et vous n'avez pas reçu l'imprimé de prise en charge de votre caisse d'Assurance maladie ? Parlez-en avec votre médecin, qui pourra vous prescrire le vaccin antigrippal et vous délivrer un bon de prise en charge pour le recevoir gratuitement.

Source : Ameli.fr

Votre médecin, en fonction de votre traitement et de vos facteurs de risque infectieux, évaluera avec vous le bénéfice que vous pouvez en attendre.

Retrouvez également les réflexes d'hygiène à avoir afin de se protéger contre la grippe dans la fiche « Les infections » page 11.

Le pneumocoque

Il s'agit d'une bactérie très pathogène chez l'homme. Le pneumocoque peut provoquer des otites et des sinusites, mais aussi des infections pulmonaires (pneumonies), voire des septicémies. Associées à la grippe, des infections graves et plus difficiles à soigner peuvent survenir. Il est important de vous protéger contre le pneumocoque.

Ce vaccin peut être réalisé à quelques jours d'intervalle après celui contre la grippe.

Attention : le protocole tous les 5 ans n'existe plus. Le nouveau protocole est le suivant : une injection du vaccin à 13-valent suivie au moins 8 semaines plus tard d'une injection du vaccin à 23-valent. Aucun rappel n'est prévu actuellement.

Les autres vaccins

Il est indispensable de mettre ses vaccins à jour tout au long de sa vie pour être protégé efficacement et durablement. En effet, de nombreux vaccins nécessitent des rappels réguliers pour être efficaces, notamment ceux contre la diphtérie, le tétanos et la poliomyélite (DTP).

Concernant les adultes, le nouveau calendrier vaccinal prévoit désormais des rappels, pour la diphtérie, le tétanos et la poliomyélite à 25, 45 et 65 ans, puis tous les 10 ans.

Faites le point régulièrement avec votre médecin et demandez de faire inscrire vos vaccinations dans votre carnet de vaccination.

Quels sont les vaccins contre-indiqués ?

Les vaccins vivants contiennent l'agent infectieux atténué, qui conserve son pouvoir pathogène mais ne suffit pas à déclencher la maladie. Ils sont déconseillés pour les personnes atteintes de PR. Ce sont les vaccins suivants : **BCG, ROR** (rougeole, oreillons, rubéole), **varicelle-zona et fièvre jaune**.

En cas de nécessité, ces vaccins pourront être injectés après interruption du traitement de la polyarthrite (voir paragraphe suivant).

Le suivi des vaccinations est-il important ?

Oui, le suivi des vaccinations fait aujourd'hui partie intégrante de la prise en charge de la PR. Votre dossier médical et/ou votre carnet de vaccination permet de s'assurer du bon suivi des recommandations des autorités de santé, adapté à votre situation personnelle. La mise à jour de vos vaccins peut être réalisée avant la prescription d'un traitement de fond. Plus tard, en cas de nécessité, votre traitement peut être interrompu pour permettre une vaccination *a priori* contre-indiquée. Après l'arrêt d'un traitement immunosuppresseur, d'un biomédicament ou d'une corticothérapie à dose immunosuppressive, le délai à respecter, pour un vaccin vivant, est de 3 à 6 mois.

Parlez-en avec votre rhumatologue.

Vous êtes plus particulièrement concerné(e) si :

- Vous avez une PR et que vous êtes traité par traitements immunosuppresseurs.
- Vous avez plus de 65 ans.
- Vous souhaitez vous protéger et protéger vos proches.
- Vous voyagez à l'étranger (certains pays exigent des vaccinations spécifiques pour entrer sur leur territoire).

À SAVOIR :

- La vaccination est efficace dans la PR pour lutter contre les maladies infectieuses.
- La vaccination antigrippale est gratuite.
- Le tableau ci-dessous vous aide à être protégé en toute sécurité :

Vaccins contre-indiqués en cas de PR	Vaccins spécifiquement recommandés dans la PR	Principaux vaccins recommandés pour tous
BCG	Grippe saisonnière	Diphtérie, Tétanos, Polio
Fièvre jaune*	Pneumocoque	Coqueluche
Grippe vivante atténuée		Hépatite B
ROR (Rougeole-oreillon-Rubéole)*		Haemophilus influenzae b
Varicelle*		Méningocoque C (jusqu'à 24 ans)
		Papillomavirus (jeunes adolescentes)

* Chez les patients traités par corticothérapie à une posologie inférieure ou égale à 10 mg/jour, et ne recevant pas d'autre traitement immunosuppresseur et/ou de biothérapie, la vaccination par un vaccin vivant n'est pas contre indiquée (également en cas de corticothérapie supérieure à 10 mg/jour mais depuis moins de deux semaines).

Sources : Calendrier vaccinal et recommandations des Affaires sociales et de la Santé, selon l'avis du Haut Conseil de la santé publique
Calendrier des vaccinations et recommandations vaccinales 2018, http://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/calendrier_vaccinations_2018.pdf
Vaccination des personnes immunodéprimées ou aspléniques, www.hcsp.fr

CAPITAL OSSEUX ET VITAMINE D

Être atteint de polyarthrite rhumatoïde (PR), avoir été traité par corticoïdes et être une femme ménopausée constituent des facteurs de risque importants d'ostéoporose. C'est pourquoi la prise en charge de la PR comprend l'évaluation de ce risque et des recommandations pour le prévenir : apports quotidiens suffisants de calcium, mesure de la densité osseuse et si nécessaire un traitement médicamenteux. Mais un déficit en vitamine D empêche le calcium de se "fixer". Ce déficit, lourd de conséquences pour la santé, est néanmoins très fréquent.



À quoi sert la vitamine D ?

La vitamine D permet au corps de fixer notamment le phosphore et le calcium dans les intestins et les reins. C'est ainsi qu'elle préserve le capital osseux en permettant le bon renouvellement de l'os.

Par ailleurs, de nombreuses études montrent son intérêt incontournable en santé : stimulation de l'immunité, réduction du risque de maladies cardiovasculaires...

D'où provient la vitamine D ?

Pour 20 %, la vitamine D provient de l'alimentation et pour 80 %, elle est produite par le corps à partir de la peau exposée au soleil. Mais le corps ne peut fabriquer de la vitamine D que lorsque l'exposition au soleil est suffisante, ce qui est difficile sous notre climat (même dans le Sud). En effet, la France ne reçoit pas de longueur d'onde d'ultraviolets suffisante entre novembre et février. Le risque d'un déficit en vitamine D durant cette période est donc réel, d'autant plus si on est une personne plus exposée au risque.

Comment connaître son taux en vitamine D ?

Nous ne sommes pas tous égaux face au risque de déficit en vitamine D. De nombreux facteurs interviennent, tant personnels (comme l'âge) qu'environnementaux. Seul un dosage sanguin de la vitamine D peut vous renseigner. Le taux de

25-hydroxyvitamine D (la vitamine D métabolisée par le foie) doit être supérieur à 75 nmol/l (soit 30 ng/ml). Les dernières études montrent que la majorité des Français souffre de déficit en vitamine D. Chez les polyarthritiques, c'est plus d'un malade sur deux qui serait concerné. **Parlez-en avec votre médecin !**

Comment augmenter son apport en vitamine D ?

L'exposition au soleil : de bonnes habitudes de vie ne sont pas à négliger, il faut sortir dès qu'il y a du soleil et exposer chaque fois que possible le visage et les avant-bras. De nombreux messages de prévention rappellent les méfaits du soleil et les polyarthritiques y sont particulièrement sensibilisés du fait de leurs traitements. Pour autant, il ne faut pas confondre une exposition prolongée sous un soleil ardent qui peut vous brûler (coups de soleil), et sortir par une belle journée de printemps ou d'été, qui au contraire est tout à fait recommandé.

Attention : une exposition derrière une vitre (fenêtre ou véranda fermée) est tout à fait inefficace (les ultraviolets sont neutralisés) ainsi que l'utilisation de crèmes « écran total ». Celles-ci doivent, en général, être réservées aux cas d'exposition prolongée et quand le soleil est fort (l'été et aux heures les plus chaudes).

Les suppléments en vitamine D : si votre dosage sanguin révèle un déficit en vitamine D, votre médecin peut vous en prescrire. On ne risque pas de surdosage en vitamine D, mais

votre médecin déterminera la posologie en fonction de votre déficit modéré ou sévère.

- Pour être efficace, l'apport en vitamine D (et en calcium) doit être continu.
- On peut prendre la vitamine D à n'importe quel moment de la journée, mais de préférence au cours d'un repas.
- En fonction du choix du médecin et de celui du patient, la vitamine D peut être prise quotidiennement, une fois par semaine, une fois par mois ou même une fois par trimestre.
- La dose moyenne recommandée est de 800 à 1200 UI par jour, ou de 5600 à 7000 UI par semaine ou encore de 100 000 UI (ampoule buvable) par trimestre.

Si l'alimentation ne permet de couvrir que 20 % des besoins, il est toujours utile de connaître les aliments qui peuvent vous aider. Très peu d'aliments contiennent naturellement beaucoup de vitamine D mais voici un tableau qui recense ceux qui en contiennent le plus. On peut également trouver des produits enrichis en vitamine D comme le lait, le lait de soja, certaines céréales... mais leur teneur en vitamine D est tellement faible qu'ils ne s'avèrent pas très utiles.

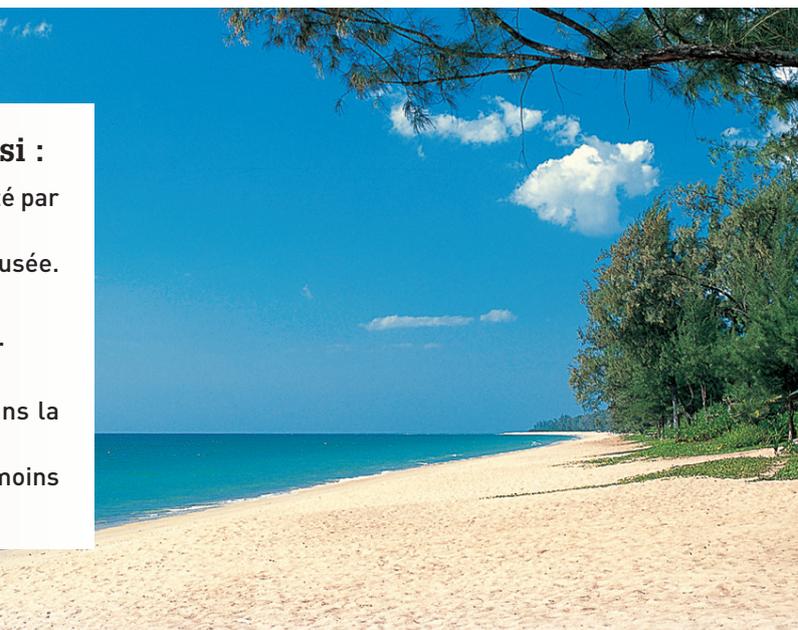
Liste des aliments riches en vitamine D

Aliment	Teneur en vitamine D
Huile de foie de morue (1c à thé)	440 U.I soit 11 microgrammes
Saumon sauvage cuit (100 g)	360 U.I soit 9 microgrammes
Jaune d'œuf (100 g)	350 U.I soit 8,75 microgrammes
Maquereau cuit (100 g)	345 U.I soit 8.5 microgrammes
Sardines à l'huile (100 g)	300 U.I soit 7,5 microgrammes
Thon en conserve (100 g)	300 U.I soit 7,5 microgrammes
Œuf entier (1)	40 U.I soit 1 microgramme
Champignons (100 g)	150 U.I soit 3,75 microgrammes
Foie de veau (100 g)	50 U.I soit 1,25 microgramme
Emmental (30 g)	30 U.I soit 0,75 microgramme
Lait de vache (250 ml)	15 U.I soit 0,375 microgramme
Beurre (10 g)	4 U.I soit 0,1 microgramme

1 microgramme équivaut à 40 UI (Unité Internationale).

Vous êtes plus particulièrement concerné(e) si :

- Vous avez une polyarthrite et que vous êtes ou avez été traité par corticoïdes.
- Vous souffrez d'ostéoporose et/ou êtes une femme ménopausée.
- Vous vivez dans une région peu ensoleillée.
- Vous avez la peau foncée car celle-ci retient moins les UVB.
- Vous vivez en institution ou sortez peu de votre intérieur.
- Vous êtes en surpoids, car la vitamine D sera stockée dans la graisse.
- Vous avancez en âge, car avec le temps, le corps fabrique moins bien la vitamine D.



À SAVOIR :

- La vitamine D est essentielle pour la santé osseuse et prévenir l'ostéoporose.
- Il n'existe, à ce jour, pas de risque de surdosage en vitamine D, par contre le risque d'avoir un déficit est important (un polyarthritique sur deux).
- En cas de déficit en vitamine D, votre médecin peut vous prescrire une supplémentation en vitamine D. Pensez à lui en parler.
- Malgré de nombreuses études scientifiques en faveur d'une meilleure prise en compte du déficit, voire de la carence en vitamine D, celle-ci ne fait pas encore partie de la pratique médicale courante. Parlez-en à votre médecin.
- Enfin, la vitamine D fait l'objet de recherches et d'études car elle pourrait aussi avoir un rôle préventif pour certains cancers (sein, colorectal, prostate) et pour certaines maladies auto-immunes comme le lupus et... la polyarthrite rhumatoïde.

Sources : Recommandations du GRIIO (Groupe de Recherche et d'Information sur les Ostéoporoses), www.griio.org
Article du Pr Salle, « Est-il utile de prendre de la vitamine D ? », Le Figaro-Santé du 18/01/2013

LE CŒUR

Le risque de maladies cardiovasculaires (CV) est augmenté chez les polyarthritiques du fait de la polyarthrite elle-même, mais aussi par la prise d'AINS et de corticoïdes. Si on ajoute à cela les facteurs de risque de tout un chacun, comme l'hérédité, le tabac, la sédentarité ou l'âge, on mesure l'importance de s'y intéresser. La prise en charge médicale permet de dépister, diagnostiquer et traiter mais les patients eux-mêmes peuvent agir efficacement. Ce risque augmenté n'est donc pas une fatalité !



Comment apprécier votre risque cardiovasculaire ?

- **L'âge** : plus on avance en âge, plus le risque augmente, mais... on ne peut pas arrêter le sablier !
- **Le sexe** : les hommes sont plus concernés, mais le risque augmente pour les femmes après la ménopause.
- **L'hérédité** : il est utile de savoir s'il y a des antécédents cardiovasculaires dans votre famille (parents, frères et sœurs, etc.) pour en informer votre médecin.
- **Vos données médicales personnelles** : hypertension, PR, médicaments, diabète et vos antécédents.
- **Vos analyses** : niveau d'inflammation, cholestérol total et LDL cholestérol (le mauvais).
- **Votre hygiène de vie** : tabac, poids, sédentarité, stress et alimentation.

Pour chaque personne, les facteurs identifiés s'ajoutent les uns aux autres, mais ils n'ont pas tous le même poids pour le calcul du risque. La bonne connaissance de vos facteurs de risque doit vous permettre d'en parler avec votre médecin, pour mettre en place un suivi et une prise en charge adaptés à votre cas.

Comment votre médecin peut-il réduire et gérer votre risque cardiovasculaire ?

- En surveillant votre pression artérielle régulièrement, il peut traiter précocement l'hypertension.
- Le suivi de la PR permet aujourd'hui d'adapter ou de changer votre traitement pour obtenir la plus faible activité de la maladie possible et donc de réduire l'inflammation.

→ Grâce à l'analyse périodique de votre taux de cholestérol, il peut vous prescrire un traitement pour le ramener, si besoin, à la normale.

→ En fonction de vos facteurs de risque et de votre état vasculaire, il peut vous prescrire de l'aspirine à faible dose pour fluidifier le sang.

Vos médecins connaissent bien ces facteurs de risque et votre état de santé particulier, ils veillent et ont des réponses médicamenteuses efficaces pour vous protéger. C'est en partie grâce à cette prise en charge que l'espérance de vie ne cesse d'augmenter dans notre pays.

Comment pouvez-vous agir pour votre santé ?

En premier lieu, en prenant bien tous vos médicaments et en réalisant régulièrement les examens qui vous sont prescrits. Mais s'il existe des médicaments efficaces, eux aussi s'ajoutent les uns aux autres et certains d'entre eux peuvent avantageusement être remplacés par des modifications de votre manière de vivre. La proposition est tentante, mais pour certains d'entre nous, c'est bien plus facile à dire qu'à faire. Voici quelques conseils et rappelez-vous que même si vous n'arrivez pas à faire tout ce qui est recommandé, chaque modification positive est déjà une victoire !

Vous fumez ?

Il est impossible aujourd'hui d'ignorer les méfaits du tabac, pourtant ce savoir n'est pas suffisant pour y renoncer. Pour autant, vous pouvez « cultiver » votre désir de vous libérer de cette addiction pour demain gagner sur la cigarette. Comment ?

→ En essayant d'identifier pourquoi vous avez besoin de fumer. C'est le plus souvent un ensemble de petites ou de mauvaises raisons. Cela vous aidera à agir.

→ En réfléchissant à ce soi-disant arrêt impossible. Ce n'est qu'une idée dont vous vous êtes convaincu et l'expérience montre que ceux qui ont réussi ont essayé plusieurs fois.

→ En vous autorisant votre propre méthode : certains réussissent en stoppant net, d'autres en réduisant progressivement, d'autres en se faisant aider, ou en faisant du sport...

→ En essayant toutes les méthodes d'aide disponibles pour trouver celle qui marchera pour vous.

→ En substituant le tabac par l'utilisation d'une cigarette électronique. Il est intéressant de noter qu'au-delà de la polémique, des médecins, dont des pneumologues, ont signé une pétition rappelant que la cigarette électronique est incomparablement moins dangereuse que fumer et qu'elle est beaucoup plus efficace pour arrêter que toutes les aides proposées.

Pour le risque cardiovasculaire, un fumeur repent et sevré accède au statut de non-fumeur en cinq ans !

Vous êtes en surpoids, notamment au niveau du tour de taille ?

Il ne s'agit ici ni d'esthétisme, ni de mode, mais d'une fourchette de poids pour préserver votre santé. Vérifiez si votre poids et votre tour de taille sont dans la norme. Si ce n'est pas le cas, il faut modifier votre alimentation et notamment les quantités. N'oubliez pas que le sport est le premier facteur qui permet de maintenir son poids, notamment quand on a réussi à en perdre.

Êtes-vous suffisamment actif ?

Nos modes de vie d'aujourd'hui favorisent une sédentarité qui nous est très préjudiciable. Quand s'ajoutent la maladie, la douleur et l'âge, notre manque d'activité devient délétère, notamment au regard du risque cardiovasculaire (RCV). Il

devient alors essentiel de se remettre à bouger : marcher au lieu de prendre un bus, prendre l'escalier plutôt que l'ascenseur, etc. Mais ce n'est pas toujours suffisant et il faut alors envisager la pratique d'une activité physique et se rappeler que la régularité est plus importante que l'intensité. Pour réduire le RCV, il faut choisir une activité qui favorise l'endurance (la marche vive, le vélo, la natation, etc.) plutôt que les sports qui demandent un effort intense mais court.

Bouger : un effort récompensé !

Cela protège le cœur, fait baisser le mauvais cholestérol mais augmente le bon, diminue le stress, réduit le tabagisme, maintient le poids et réduit l'hypertension.

Quelques conseils diététiques



→ Limitez la charcuterie, les viennoiseries et pâtisseries, les produits laitiers gras.

→ Mangez du poisson 2 fois par semaine.

→ Augmentez la part de légumes et crudités pour réduire celle des aliments riches.

→ Privilégiez certaines graisses : huiles variées, margarine.

→ Mangez 2 à 3 fruits par jour (éviter les jus même 100 % jus de fruit).

→ Consommez des produits laitiers (attention, ils ne sont pas tous équivalents).

→ Privilégiez l'eau comme boisson.

Et n'oubliez pas d'évaluer les quantités, il faut manger de tout mais pas en même quantité.

Quelques repères chiffrés :

Votre poids

Une formule simple permet de calculer le poids recommandé en fonction de votre taille. Elle détermine l'indice de masse corporelle (IMC). Il suffit de diviser votre poids (en kg) par la taille (en mètre) au carré.

Par exemple, je mesure 1,65 mètre et je pèse 60 kilos.

L'IMC se calcule comme suit :

$60 / (1,65 \times 1,65 = 2,72) = 22$, soit un IMC normal.

L'IMC normal est compris entre 18,5 et 25.

Votre tour de taille

Il doit être inférieur à 88 cm chez la femme et inférieur à 102 cm chez l'homme.

Votre tension artérielle

Inférieure à 14/9 : normale

En cas de présence de plusieurs facteurs de risque cardiovasculaire, l'objectif de votre médecin peut être une tension artérielle à 13/8.

Votre taux de glycémie à jeun

Inférieur à 1,1 g/l : normal

Entre 1,1 g/l et 1,26 g/l : à surveiller

Supérieur à 1,26 g/l : diabète

Votre taux de cholestérol

Cholestérol total :

Inférieur à 2 g/l : normal

Entre 2 g/l et 2,5 g/l : limite

Supérieur à 2,5 g/l : élevé

La prise en charge diététique est de règle dès que le LDL-cholestérol (le « mauvais ») est supérieur à 1,6 g/l.

LA PEAU

Pour chacun d'entre nous, la peau est un organe précieux et à protéger ; c'est d'autant plus vrai chez les patients atteints d'un rhumatisme inflammatoire chronique (RIC). A quoi faut-il être particulièrement attentif ?

La peau : à quoi ça sert ?

La peau est l'organe le plus lourd (4 à 10 kg) et le plus étendu (près de 2 m²) du corps humain !⁽¹⁾

Elle joue des rôles fondamentaux : c'est une barrière de protection contre les agressions extérieures (chocs, agents infectieux, pollution, UV...), mais une barrière intelligente. Elle est équipée de capteurs sensitifs, c'est un organe qui s'auto-répare, qui permet et régule les échanges entre le corps et son environnement. Ainsi, grâce à la sueur et aux poils, elle maintient notre corps à 37°, quelle que soit la température extérieure. C'est le seul organe capable de synthétiser de la vitamine D sous l'effet des rayons UVB, à partir d'un dérivé du cholestérol situé dans l'épiderme. Elle a également une fonction immunitaire. Et enfin, elle a une fonction psychosociale : c'est l'extérieur qui "parle" de ce qui se passe à l'intérieur. Ne dit-on pas "être mal dans sa peau" ?

L'exposition au soleil

Le soleil est vital pour nous : au-delà de ses effets bénéfiques sur le moral, il est nécessaire à **la synthèse de la vitamine D** (voir la fiche « Capital osseux et vitamine D » page 14).

Mais il peut également être dangereux car ses rayons accélèrent le vieillissement cutané.

Les rayons du soleil sont composés de particules énergétiques, les photons, dont les rayons invisibles ultraviolets (UVA et UVB) et infrarouges (IR) peuvent plus ou moins pénétrer dans la peau. Les pigments naturels de la peau, mélanine et dérivés, en réduisant la pénétration des photons dans la peau, expliquent que les peaux foncées soient moins sensibles aux méfaits du soleil que les peaux claires.

Les UVB sont majoritairement arrêtés dans la couche superficielle de la peau, l'épiderme, mais les UVA et les IR s'enfoncent bien plus profondément.

Il est donc important d'éviter le soleil aux heures les plus chaudes, de porter des vêtements protecteurs, de ne pas dépasser une heure de bain de soleil par jour et d'utiliser des écrans solaires efficaces. Les dermatologues préconisent d'utiliser une protection solaire dès que l'indice UV dépasse 5 sur une échelle de 1 à 12. Lors des belles journées ensoleillées de l'été, cet indice est supérieur à 5 quasiment partout en France. Un coefficient de protection solaire SPF (*Sun Protection*



Factor) 30 indique que l'application du produit multiplie par 30 la dose d'UVB à recevoir pour attraper un coup de soleil. Un "écran total" correspond à un SPF 50+. Mais pour être efficace, l'application doit être renouvelée toutes les 2 heures, voire plus fréquemment en cas d'activité physique ou de baignade.

Les UVB sont les plus dangereux : ils sont responsables des coups de soleil et peuvent également entraîner des modifications de l'ADN de cellules profondes de la peau qui vont alors se transformer en cellules tumorales, dont la multiplication peut aboutir à des cancers de la peau.

Les cancers de la peau : le risque est-il plus élevé quand on est traité pour un RIC ?

Le mélanome est une tumeur maligne des cellules de la peau qui fabriquent la mélanine, pigment qui colore la peau et la protège des méfaits des UV. Ces mélanocytes résident dans les couches profondes de l'épiderme. Les grains de beauté résultent de la multiplication et du regroupement de mélanocytes anormaux. Le mélanome affecte plus les peaux claires que les peaux foncées, s'exposant de manière intermittente et intense (coups de soleil). Il peut résulter de la dégénérescence d'un grain de beauté mais ce n'est pas systématiquement le cas. Contrairement aux carcinomes, il a une aptitude importante à envahir les tissus au-delà de la peau (muscles, ganglions) et à se métastaser dans les organes distants (poumon, foie, cerveau).

Les dernières études ne montrent pas de risque augmenté de mélanome chez les patients sous traitement de fond synthétique ou sous anti-TNF alpha.

(1) « Un organe multi-fonction », <http://dermato-info.fr>

En revanche, le risque de cancers cutanés non mélanomes, **les carcinomes**, est plus élevé chez les patients sous anti-TNF alpha que dans la population générale, le risque relatif étant 5,5 fois plus important chez ceux qui présentent un psoriasis cutané que chez ceux qui ont une polyarthrite rhumatoïde. **Un suivi dermatologique une fois par an est donc vivement recommandé pour les patients sous anti-TNF alpha ou autre biomédicament**, permettant un diagnostic et une prise en charge précoces des éventuelles lésions cutanées. N'hésitez pas à examiner vous-même régulièrement votre peau et à en parler à votre médecin au moindre doute.

Les carcinomes cutanés sont les plus fréquents des cancers de l'adulte, surtout chez les personnes à peau claire, les **carcinomes basocellulaires** étant les plus répandus. Ces derniers touchent plutôt les personnes ayant eu des expositions solaires excessives brutales et des coups de soleil répétés depuis l'enfance. Ils n'ont qu'une malignité locale et ne produisent pas de métastases.

Les carcinomes épidermoïdes (= spinocellulaires) touchent surtout des personnes exposées au long cours toute leur vie, professionnelle en particulier (agriculteurs, marins, moniteurs de sport...). Ils engendrent rarement des métastases dans les ganglions et dans les poumons.

Les rhumatismes inflammatoires chroniques et leurs expressions cutanées

→ **Le psoriasis : une maladie de peau souvent associée à un RIC**

Le psoriasis est une maladie inflammatoire chronique de la peau qui touche environ 2 % de la population française. Il survient chez des personnes génétiquement prédisposées. Il est lié à un renouvellement accéléré des kératinocytes : 3 jours au lieu de 28 jours en temps normal.

Il se traduit classiquement (mais pas exclusivement) par l'apparition sur la peau de plaques rouges recouvertes de squames blanchâtres. 20 à 30 % des malades atteints de psoriasis déclenchent la forme articulaire de la maladie : le rhumatisme psoriasique, qui appartient au groupe des spondyloarthrites. Dans 80 % des cas, les douleurs articulaires apparaissent après le psoriasis. Ce lien étroit explique pourquoi, en plus des traitements locaux spécifiques, certains traitements de fond sont communs aux RIC et au psoriasis.

Selon les personnes, l'exposition au soleil ou aux UV (photothérapie) peut soit améliorer, soit aggraver les symptômes.

→ **Lupus et soleil : une association à éviter**

"Lupus" signifie "masque de loup" car cette maladie auto-immune peut se manifester par une inflammation de la peau du visage, dont la forme évoque un masque de carnaval. Elle peut s'exprimer uniquement au plan cutané, mais il existe des formes articulaires, cardiaques, rénales, neurologiques plus sévères.

L'exposition au soleil est vivement déconseillée lorsqu'on est atteint de lupus.

Une protection stricte vis-à-vis du soleil est nécessaire, même chez les malades n'ayant jamais développé de forme cutanée. En effet, l'exposition solaire entraîne chez le patient lupique une réaction excessive : une éruption au niveau des zones exposées au soleil, hors de proportion avec le degré d'exposition. Une telle réaction peut être la première manifestation de la maladie. Il faut donc éviter les bains de soleil et même la fréquentation des lieux à forte réverbération (mer, montagne), porter des vêtements qui protègent tout le corps et appliquer strictement les recommandations de protection de la peau contre les méfaits du soleil en général. ■■■➔



Les médicaments et la peau

→ Les médicaments photosensibilisants

Soleil et médicaments ne font pas toujours bon ménage ; en effet, la prise de certains médicaments peut entraîner des réactions cutanées de photosensibilisation (pour en connaître la liste, aller sur www.lequotidiendumedecin.fr et taper dans le moteur de recherche « médicaments photosensibilisants » - le lien vers la liste se trouve dans le premier paragraphe). Certains d'entre eux sont plus fréquemment prescrits chez les malades atteints de RIC : anti-inflammatoires non stéroïdiens, méthotrexate, azathioprine, antipaludéens de synthèse...

On distingue la **réaction phototoxique** (de type "coup de soleil") et la **réaction photoallergique** (petits boutons rouges de type "eczéma").

La prévention de ces désagréments consiste à éviter la prise de la molécule concernée quand cela est possible, et à se protéger du soleil (ombre, vêtements, écran 50+).

→ Les médicaments irritants au point d'injection

Certains traitements administrés par voie sous-cutanée, surtout ceux contenant de l'acide citrique ou du citrate, entraînent des réactions au point d'injection : douleur, gonflement, rougeur, irritation, démangeaisons. Ce phénomène ne nécessite pas l'arrêt du traitement, quelques précautions peuvent le réduire : porter le produit à température ambiante juste avant l'injection,



appliquer du froid sur la peau une vingtaine de secondes avant d'injecter (pack réfrigérant par exemple), varier les sites d'injection et vérifier auprès d'un professionnel que la technique d'injection est bonne.

Certaines personnes sont plus sensibles à la forme seringue, d'autres à la forme stylo : testez les deux formes pour faire votre choix de mode d'injection de votre traitement.

Ne faites jamais votre injection dans une zone infectée. En cas d'infection cutanée (plaie, ampoule), ne faites pas votre injection de biomédicament et consultez votre médecin. Si l'irritation liée à l'injection s'accompagne de phénomènes généraux, il s'agit d'une allergie, il faut avertir immédiatement votre médecin.

DÉPISTAGE DES AFFECTIONS DE LA PEAU

Un environnement défavorable (soleil, tabac, stress...) peut modifier le capital génétique des cellules cutanées, les rendant plus fragiles. Il est important d'être attentif à sa peau et d'observer ses grains de beauté.

→ Pour qui ?

Pour tout le monde et plus particulièrement pour les personnes âgées de plus de 50 ans. Mais aussi pour les personnes qui présentent ces caractéristiques :

- peau claire qui bronze difficilement, les cheveux blonds ou roux
- nombreuses taches de rousseur
- nombreux grains de beauté larges (plus de 5 mm) et irréguliers
- des antécédents de mélanomes dans votre famille
- des coups de soleil sévères pendant l'enfance et l'adolescence
- vous avez vécu longtemps dans un pays de forte exposition solaire
- votre mode de vie (profession) implique des expositions solaires intenses

→ Comment ?

Commencez par examiner vous-même votre peau et sachez repérer d'éventuelles anomalies. Les grains de beauté « sains » doivent être symétriques, à bords réguliers, d'une couleur homogène et d'un diamètre stable. Toute évolution de l'un de ces critères doit vous alerter, cela ne signifie pas pour autant que vous avez un mélanome ou un carcinome, mais vous devez consulter votre dermatologue. Celui-ci réalisera un examen visuel et le cas échéant, pourra retirer le grain de beauté suspect pour analyse. Surveillez également l'apparition de nouvelles taches brunes sur votre peau.

Pour en savoir plus et prendre soin de sa peau tout au long de sa vie : <http://dermato-info.fr>

Sources : <http://dermato-info.fr>

« Le lupus en 100 questions », www.rhumatismes.net

« PR et biomédicaments : quid du risque de mélanome ? », www.rhumato.net, avril 2017

« Les cancers cutanés non mélanomes sous anti-TNF alpha sont plus fréquents au cours du traitement du psoriasis que de la PR », www.rhumato.net, septembre 2014

LES PIEDS

L'atteinte du pied est fréquente chez les patients atteints de polyarthrite rhumatoïde, puisqu'elle touche jusqu'à 90 % des malades⁽¹⁾.

Les déformations peuvent rendre le chaussage difficile et les déplacements douloureux, d'où l'importance d'une attention particulière à porter à vos pieds !

Prendre soin de ses pieds

Quels soins au quotidien ?

- **Inspectez vos pieds** tous les jours en vous aidant si besoin d'un miroir pour la voûte plantaire, afin de détecter toute anomalie (plaies, déformations, gonflements, etc.). Si vous en détectez une, ou si vous avez des douleurs inhabituelles, vous devez consulter.
- **Lavez-vous les pieds** tous les jours à l'eau tiède et au savon, sans dépasser cinq minutes. Essuyez-les soigneusement.
- **Ne coupez pas vos ongles trop courts** et coupez-les au carré, en arrondissant les coins. Evitez les limes métalliques.
- **Rendez-vous régulièrement chez votre podologue** et signalez que vous avez une polyarthrite rhumatoïde.
- **N'utilisez jamais** de produits coricides.
- **Préférez des chaussettes en fibres naturelles** (coton, laine ou fil d'Ecosse par exemple) et changez-les tous les jours.
- **Ne marchez jamais pieds nus**, même chez vous.
- **Ne laissez pas s'installer les callosités**. Appliquez quotidiennement une crème hydratante sur l'ensemble de vos pieds.

Lors de soins chez un spécialiste, veillez à signaler si vous êtes sous biomédicament, en raison d'un risque infectieux plus important.

Existe-t-il des solutions pour éviter les plaies, soulager la douleur et endiguer les déformations ?

L'apparition d'une plaie peut s'avérer problématique, surtout si vous êtes diabétique. Pour les éviter, il faut être attentif aux facteurs déclenchants comme des chaussures inadaptées, marcher pieds nus, une hygiène insuffisante, des bains de pieds prolongés et des soins de pédicurie maladroits. Les semelles orthopédiques (ou orthèses plantaires) peuvent être prescrites pour prévenir ou stabiliser les déformations du pied. Elles soulagent le patient et déchargent les articulations douloureuses. Les semelles correctrices peuvent réduire les conflits avec les chaussures et répartir le poids du corps sur l'ensemble de la plante des pieds.



Les contentions ont pour but de prévenir ou réduire les déformations au niveau de l'avant-pied, première cible de la polyarthrite rhumatoïde.

Quelle prise en charge par la Sécurité sociale ?

Les soins de pédicurie-podologie sont pris en charge à 100 %, mais sur la base d'un tarif de responsabilité équivalent à 0,63 euros par acte médical de podologie... soit 2 euros par consultation, alors que les tarifs sont autour de 30 euros...

Les semelles correctrices sont remboursées à 100 % par la Sécurité sociale sur prescription médicale mais comme pour les soins, le montant pris en charge est très inférieur au prix acquitté.

Les orthèses plantaires (matériaux autres que résine coulée) :

- taille du 28 au 37 : 14,02 euros
- taille au-dessus du 37 : 14,43 euros

Les orthèses plantaires monobloc en résine coulée : 27,34 euros

Elles sont renouvelables chaque année.

La consultation du pied à l'hôpital

Elle résulte d'une prise en charge pluridisciplinaire réunissant un rhumatologue, un ergothérapeute et un podologue, lors d'un entretien collectif réunissant quatre ou cinq patients. Chaque professionnel apporte ses recommandations sur l'état de santé des patients, aboutissant à une discussion sur le meilleur choix thérapeutique.

Si les déformations sont très importantes et douloureuses

Votre médecin pourra vous prescrire des chaussures thérapeutiques (parfois sur-mesure) pour vous soulager (voir page 23). Enfin il existe de nombreuses solutions pour soulager vos pieds douloureux, mais en cas de douleurs non contrôlées par le traitement médical et/ou de déformations gênant le port des chaussures de marche, votre rhumatologue pourra vous orienter vers un chirurgien. ➡

(1) « Le pied des rhumatismes inflammatoires », Professeur Jacques Morel, département de rhumatologie, CHU et université de Montpellier, 01/07/2015

Bien se chausser : en finir avec les chaussures inadaptées

Modes, recherche d'élégance, dictature du "tout ce qui est petit est mignon", fausses idées reçues comme "les chaussures vont se faire", mais aussi quasi disparition de la fabrication des demi pointures ou des différentes largeurs pour un même modèle, ou encore des pointures non fiables : tout concourt pour que, *in fine*, nous soyons mal chaussés.

Au-delà des bonnes résolutions pour l'achat de votre prochaine paire de chaussures, faites un test avec celles que vous avez déjà pour chacun des critères suivants :

La forme et la largeur



Il y a 3 formes d'avant-pied : le pied égyptien quand le gros orteil (l'hal-lux) est le plus long, le pied grec quand le 2^{ème} orteil est le plus long, et le pied carré lorsque les premiers orteils ont à peu près la même longueur.

Or, la fabrication des chaussures est très standardisée, et en fonction des modes, il est difficile de trouver dans le commerce une offre variée de formes de chaussures.

Il n'y a pas une forme idéale, tout dépend de la morphologie de vos avant-pieds, de vos activités, d'éventuelles déformations et de l'âge. Toutefois, les chaussures à bout rond sont souvent adaptées au plus grand nombre.

Et vous ? Vos chaussures sont adaptées si :

- L'orteil le plus long ne touche pas le bout de la chaussure.
- Au niveau des métatarsiens et des orteils, vos pieds ne doivent pas être comprimés, la chaussure ne doit pas gêner le mouvement et ne pas être trop rigide.
- Pour les chaussures d'été, les orteils ne doivent pas dépasser de la semelle mais y reposer bien à plat. Il faut aussi bien regarder le positionnement des brides sur vos pieds.

La pointure



Jusqu'en 1920, on mesurait la longueur du pied en cm, mais depuis, l'unité de mesure de la taille des chaussures est le point de Paris, soit 0,666 cm.

Ainsi, si vous chaussez du 39, cela signifie que votre pied nécessite une taille de 39 x 0,666 = 25,9 cm. Mais il y a aussi d'autres points,

anglais ou italien par exemple. **La première conséquence est qu'on ne peut pas se fier à la pointure indiquée sur la chaussure.**

Une étude canadienne révèle que, sur les critères recommandés par les podologues, 88 % des femmes de l'étude portaient des chaussures trop petites⁽²⁾.

Et vous ? Vos chaussures sont à votre taille si :

- Elles sont faciles à enfiler.
- Lorsque le pied est à l'intérieur, poussez-le vers l'avant : vous devez avoir la place de passer le diamètre d'un doigt entre votre talon et la chaussure (ou la bride) pour que votre pied puisse se dérouler quand vous marchez. La voûte plantaire doit se mouvoir librement.

La pointure est la combinaison de deux mesures : la longueur et la largeur. Si vous constatez que la longueur est bonne mais que votre avant-pied, malgré une forme adaptée à votre morphologie, est comprimé, quelques astuces peuvent vous faire gagner ½ pointure en largeur : l'utilisation, par vous-même ou par votre cordonnier, d'embauchoir à vis, le fameux papier journal mouillé qu'on laisse sécher dans le bout de la chaussure... Certaines de ces astuces et d'autres que l'on trouve sur Internet fonctionnent avec les chaussures en cuir mais sont déconseillées pour le daim.

A l'inverse, si pour respecter la longueur, la chaussure est trop lâche, vous pouvez acheter des demi-semelles ou des anti-glissoires pour adapter vos chaussures à vos pieds. Ne prenez jamais une pointure en dessous.

La semelle



La plupart du temps, nous marchons sur un sol dur et plat, peu adapté au pied humain. La semelle des chaussures doit permettre d'amortir les chocs sur la plante des pieds.

Les semelles trop fines, notamment de certaines chaussures plates (comme les ballerines ou certaines sandales), ne jouent pas leur rôle d'amortisseur. Par ailleurs, les chaussures de cuir comportent souvent une couche de matière synthétique pour augmenter la durabilité, qui les rend trop rigides. Les semelles de vos chaussures ne doivent donc pas être trop fines et/ou trop rigides pour protéger vos pieds.

La hauteur du talon et l'alternance



Scientifiquement, il est recommandé une hauteur de talon entre 2 à 4 cm pour les femmes et 2 cm pour les hommes. En dessous d'un dénivelé entre l'avant et l'arrière de 2 cm, les pieds sont trop à plat et la chaussure n'amortit pas les chocs au sol. Au-delà de 4 cm, les appuis sont exagérés sur vos avant-pieds. Plus le talon est haut, plus la force de torsion

augmente au niveau des articulations.

Pour garder la souplesse de vos pieds (muscles, tendons...), il faut varier les hauteurs de chaussures. Alternier chaussures de ville, baskets, petits talons et chaussures plus plates permet de préserver la flexibilité des tendons, éviter les contractures musculaires et la perte de densité osseuse.

(2) Frey C, Thompson F, Smith J, Sanders M, Horstman H. American Orthopaedic Foot and Ankle Society women's shoe survey. Foot Ankle. 1993 Feb; 14(2):78-81

Les petits talons peuvent même être bénéfiques. En détendant l'arrière-pied, ils peuvent soulager certaines tendinites, l'arthrose de la cheville ou les pieds plats.

Lorsque l'on porte toujours les mêmes chaussures, le pied se déforme pour s'y adapter. Changer régulièrement de chaussures prévient les déformations.

La composition et l'usure

Il faut privilégier les chaussures en fibres naturelles : cuir, corde, liège, tissu... Le caoutchouc et le plastique sont à proscrire. La peau supporte mal le synthétique, qui peut entraîner une hyper sudation qui engendre une macération, des mauvaises odeurs et des affections bactériennes.

Le cuir des chaussures doit être entretenu (cirage) pour qu'il garde sa souplesse et ne se déforme pas.

Des chaussures trop usées vont entraîner des malpositions du pied qui se répercuteront aux étages supérieurs : douleurs au niveau des chevilles, des genoux, des hanches, des lombaires, etc. Même si elles sont devenues confortables, vos chaussures usées doivent être changées.

Vos chaussures ont-elles passé le test avec succès ?

Presque toutes, la majorité d'entre elles ou seulement une paire ou deux ?

Si vous n'avez jamais mal aux pieds et que vos chaussures sont adaptées, ne changez rien. Pour les autres, les conséquences d'un mauvais chaussage, quel que soit l'âge, sont multiples sur la santé du pied et à long terme sur la santé tout court. Devenez exigeant et n'acceptez plus des chaussures qui vous font souffrir et abîment de façon irréversible vos pieds. Choisir de nouvelles chaussures qui respectent la morphologie de vos pieds n'est pas très aisé mais pas impossible. Prévoyez du temps pour votre prochaine acquisition, utilisez les repères de cette fiche pour acheter et pour ne garder chez vous que des bonnes chaussures adaptées à vos pieds et à vos besoins. Mais bonnes chaussures doit rimer avec belles chaussures. Certaines marques relèvent le défi et proposent des chaussures "confort" dont les modèles et les couleurs sont tendance. La technologie n'est pas en reste et on voit apparaître des applications innovantes sur la composition et la forme des semelles. Partez à la recherche de chausseurs qui privilégient ces innovations et partagez vos trouvailles avec vos amis ! Le bouche à oreille fait des miracles, où que vous habitiez. Les commerçants s'adaptent toujours à la demande des clients. Demandez !

Les chaussures sur-mesure

Pour les chaussures thérapeutiques sur-mesure, vous pouvez vous rendre dans des centres de podologie et dans certains lycées d'enseignement qui proposent des appareillages à moindre coût, fabriqués par des élèves, sous les yeux attentifs



des enseignants. Pour les personnes qui habitent sur Paris, le lycée d'Alembert, situé dans le 19^e arrondissement, reçoit des patients ayant besoin d'orthèses plantaires ou de chaussures thérapeutiques sur-mesure.

Renseignements au 01 42 08 04 10.

Pour la province, renseignez-vous auprès des lycées d'enseignement technique de votre région.

Quelle prise en charge par la Sécurité sociale ?

Nous vous rappelons que dans tous les cas, une prescription médicale est impérative pour bénéficier d'une prise en charge par la Sécurité sociale.

→ Les **chaussures thérapeutiques** de série à usage temporaire (CHUT) sont remboursées à hauteur de 30,49 euros la paire, une fois seulement. Les chaussures à usage prolongé sont remboursées à hauteur de 71,65 euros la paire et sont renouvelables chaque année.

→ Les **chaussures orthopédiques** sont prises en charge par les organismes à hauteur de deux paires la première année (avec un délai de trois mois entre les deux) et d'une paire par an les années suivantes. Attention, une demande de prise en charge doit être préalablement adressée à la Sécurité sociale. Elle comprend la prise des mesures, la fabrication, l'adaptation, les modifications et les rectifications éventuelles. Le coût du moulage est à votre charge.

À SAVOIR :

Podo-orthésiste, pédicure-podologue, orthopédiste-orthésiste : quelles différences ?

- Le podo-orthésiste réalise des semelles orthopédiques et des chaussures orthopédiques.
- Le pédicure-podologue réalise de la pédicurie (soins des pieds) et des semelles orthopédiques.
- L'orthopédiste-orthésiste conçoit et réalise des orthèses plantaires sur-mesure.

LES DENTS : LA MALADIE PARODONTALE

Tout le monde sait, ou presque, que les problèmes dentaires peuvent avoir de multiples conséquences sur la santé. Mais des études très actuelles montrent des liens génétiques et physiopathologiques entre la polyarthrite rhumatoïde (PR) et la maladie parodontale (MP) qui justifient leur prise en compte tant par le rhumatologue que par le dentiste. On ne sait pas encore si la MP est un facteur déclenchant de la polyarthrite rhumatoïde, mais c'en est un facteur aggravant. Prévenir et traiter la MP est donc très important pour améliorer la polyarthrite, mais aussi parce qu'elle est la première cause de perte des dents !



A quoi est due la maladie parodontale ?

Comme pour la PR, la MP est une maladie chronique qui associe des facteurs génétiques et des facteurs d'environnement. Elle se caractérise par un processus inflammatoire qui va agresser la gencive, les ligaments et l'os alvéolaire (l'ensemble forme le parodonte). Cette inflammation est d'autant plus importante que la population de microbes et de bactéries se développe (plaque dentaire), notamment si le brossage des dents est inadapté. Parmi les facteurs d'environnement en cause, le tabac joue un rôle majeur puisqu'il est, à lui seul, responsable de 50 % des MP.

Comment se manifeste la maladie parodontale ?

A la différence des caries qui abîment visiblement les dents et font souffrir, la MP est une maladie infectieuse chronique qui évolue parfois longtemps sans symptômes majeurs ou

apparents. Cette pathologie peut être lente et évoluer sur plusieurs dizaines d'années. L'agression du parodonte laisse la dent intacte mais la gencive se détache de la dent, formant une poche parodontale où des abcès peuvent se développer. Sans traitement, le processus entraîne la rétraction des gencives, l'agrandissement des poches et la réduction de l'os dans lequel les racines des dents sont scellées. Les dents se déchaussent, deviennent mobiles, et finissent par tomber. La maladie peut toucher quelques dents ou toutes les dents.

Comment fait-on le diagnostic de la maladie parodontale ?

Votre dentiste peut facilement diagnostiquer une MP en observant vos gencives. Une radio panoramique lui révélera l'état réel de vos gencives et de l'os. Enfin, un prélèvement à la surface de vos gencives peut être réalisé pour rechercher la présence de certaines bactéries en cause dans l'évolution d'une parodontite.

En présence de poche, la profondeur peut être mesurée par

Vous êtes concerné(e) si....

- Vous avez déjà une maladie inflammatoire, comme la polyarthrite rhumatoïde.
- L'un de vos parents a perdu tout ou partie de ses dents, après qu'elles se soient déchaussées.
- Vos gencives saignent lorsque vous vous brossez les dents (gingivite).
- Vous avez mauvaise haleine (cela peut être dû à la présence d'abcès).
- Une ou plusieurs dents se déchaussent ou bougent.
- Vous fumez ou avez été fumeur. Attention, le tabac fait disparaître les saignements de gencives, pouvant laisser croire que la maladie régresse !

votre dentiste et permettra d'évaluer le stade de la parodontite : 4 à 5 mm (légère), 6 à 7 mm (modérée), supérieure à 7mm (sévère).

Comment traite-t-on la maladie parodontale ?

Le traitement premier, mais essentiel tant pour la prévention qu'à tous les stades de la maladie, peut apparaître banal parce qu'il est courant et répété et on peut trop facilement se rassurer sur le risque encouru. Il repose, en effet, sur l'efficacité des soins quotidiens (le brossage) et la régularité des détartrages minutieux. Le but du traitement est d'enlever la plaque dentaire et le tartre (détartrage) qui s'est formé et de l'empêcher de se reformer. C'est-à-dire réussir à réduire le nombre des bactéries qui se développent pour réduire l'inflammation. 60 % de la population adulte est atteinte de MP mais quel est le pourcentage des adultes autour de nous qui, autour de la cinquantaine ou de la soixantaine, ont encore toutes leurs dents ? On pense, à tort, que la perte des dents est inéluctable avec les années qui passent. Or garder ses dents toute sa vie est possible, force est donc d'en déduire que la prévention et le traitement de la MP ne sont pas suffisants.

Lorsque la maladie est plus avancée, que des poches sont présentes ou leur profondeur augmentée, le traitement, outre les soins de base, pourra être la greffe de gencive et/ou le traitement radiculaire. Ce traitement consiste à déloger la plaque dentaire qui est passée sous la gencive et a colonisé les racines des dents. Deux techniques complémentaires permettent ce traitement en profondeur : la chirurgie et/ou l'utilisation du laser (indolore).

Enfin, même quand on a déjà perdu des dents et que l'os qui soutient les dents s'est résorbé, on peut encore agir, avec les mêmes techniques, pour stabiliser la MP et préserver ce qui reste. On peut même récupérer de la hauteur d'os.

La MP est une maladie chronique, le traitement aussi ! Il doit être personnalisé en fonction de vos besoins, un détartrage annuel suffit pour certains quand il en faut 2 ou 3 par an pour d'autres, par exemple.

Pour un brossage efficace

Seul un brossage minutieux vous permettra de prévenir ou traiter la maladie parodontale. Votre brosse à dents doit être souple, pour ne pas agresser vos gencives et vous devez la changer à chaque saison ou avant si les poils se recourbent car elle devient moins efficace. Si la rotation du poignet nécessaire

au mouvement en rouleau vous est difficile, une brosse à dents électrique vous aidera.

Le brossage doit durer 3 mn, alors que les enquêtes montrent que nous n'y consacrons en moyenne qu'1 mn. Mais 1 mn ne permet d'enlever que 50 % de la plaque dentaire et c'est ainsi que jour après jour, nous l'accumulons et que nous cultivons l'inflammation. Installez un joli sablier dans votre salle de bain pour vous aider à respecter le temps de brossage.

Après votre prochain détartrage, achetez en pharmacie un révélateur de plaque dentaire, en colorant la plaque il vous indiquera où vous ne brossez pas suffisamment et vous serez encore plus efficace.

Ces soins minutieux (2 à 3 fois par jour) sont contraignants au départ mais rapidement, on ne peut plus s'en passer tant on sent la différence avec un brossage superficiel. Une dent propre est aussi lisse qu'un miroir. En passant la langue sur les dents, on peut vérifier si les dents sont lisses ou encore granuleuses.

SI VOUS ÊTES ATTEINT D'UN RHUMATISME INFLAMMATOIRE CHRONIQUE (RIC) :

- **Dès votre prochain rendez-vous chez le dentiste**, informez-le ou rappelez-lui que vous avez une polyarthrite rhumatoïde et demandez-lui si vous avez une maladie parodontale. Dans l'affirmative, demandez-lui à quel stade, quels sont vos risques et les moyens à mettre en œuvre pour la traiter.
- **L'éviction de tous les foyers infectieux** d'origine dentaire ou parodontale doit se faire avant la phase d'immunodépression induite par certains traitements systémiques du RIC.
- **Lorsque la maladie (RIC) est connue**, l'identification des lésions buccales est relativement simple et le chirurgien-dentiste devra être attentif lors de l'examen des muqueuses.
- **Pensez à vos enfants**, informez-les de la composante génétique de la MP, du lien avec la PR et des moyens de prévention. Plus on agit tôt, meilleurs sont les résultats !

À SAVOIR :

- Polyarthrite et maladie parodontale sont liées, bien prendre en charge l'une améliore l'autre.
- Aucun traitement de la MP n'est efficace sans des soins quotidiens minutieux. Il faut adopter la technique de brossage recommandée, et faire un détartrage par an, ou plus selon les cas.
- Certains traitements de parodontologie sont mal pris en charge, mais ils sont beaucoup moins onéreux que les prothèses.
- Enfin, il n'est jamais trop tard ! On peut faire régresser la gingivite et à défaut de guérir la MP, on sait la stabiliser.

LES YEUX

La polyarthrite rhumatoïde (PR) est une maladie inflammatoire systémique, cela veut dire que l'inflammation peut se diffuser dans l'ensemble du corps et donc toucher les yeux (sclérite). Les complications oculaires peuvent être bénignes ou sévères et se manifestent plus fréquemment suivant l'état de santé ou l'âge. Mais rassurez-vous, une bonne connaissance des signes d'alerte, des précautions à prendre et surtout un suivi régulier chez un ophtalmologue réduiront considérablement les risques.



Détecter les problèmes oculaires

La baisse de l'acuité visuelle

→ **La baisse de la vision de près**, la presbytie, est normale à partir de 40 ans, elle concerne tout le monde. Il s'agit du processus de vieillissement normal de l'œil. Ce vieillissement s'accroît inéluctablement et implique un suivi régulier pour adapter vos lunettes à votre vue.

→ **En dehors de la presbytie**, une baisse de votre acuité visuelle doit vous alerter. Vous pouvez souffrir d'une infection momentanée tout à fait bénigne, mais peut-être d'une pathologie plus sérieuse. Dans tous les cas, plus vous consulterez tôt, plus la prise en charge sera efficace.

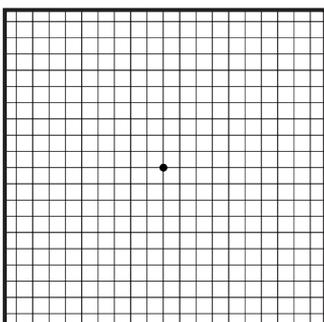
Une maladie fréquente de l'œil : la DMLA

La Dégénérescence Maculaire Liée à l'Âge est un vieillissement trop rapide de la macula, qui retransmet 90 % de l'information visuelle traitée par le cerveau. Elle conduit à la perte de la vision centrale en laissant intacte la vision périphérique.

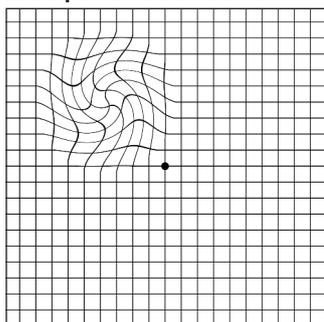
Qui est concerné ? Les individus à partir de 50 ans.

Comment savoir si je suis atteint de DMLA ? Faites le test !

Test d'Amsler



Exemple de vision déformée



Regardez le point noir du carré de gauche au centre du test d'Amsler à une distance normale de lecture (avec vos lunettes si vous en avez) et cachez l'autre œil avec votre main. Faites la même chose avec l'autre œil. Si les lignes apparaissent déformées, prenez rendez-vous avec votre ophtalmologue.

L'hypertension oculaire

L'hypertension oculaire est en lien avec ce que l'on appelle l'humeur aqueuse, un liquide contenu dans l'œil, qui crée une pression oculaire. Une pression normale est de 15 mm Hg. Si ce liquide n'est pas évacué correctement, car produit en excès ou circulant mal, la pression oculaire peut augmenter, endommager le nerf optique et créer des troubles de la vision. On parle d'hypertension oculaire quand la pression est supérieure à 21 mm Hg.

Quelles sont les conséquences de l'hypertension oculaire ?

L'hypertension oculaire est un des facteurs pouvant entraîner un glaucome, avec une prédominance chez les personnes diabétiques. Cette maladie est caractérisée par une altération de la vision et est la première cause de cécité en France.

Quels sont les symptômes ? La maladie est indolore et seul un dépistage régulier chez l'ophtalmologue permet de la diagnostiquer. Repéré tôt et bien traité, le glaucome peut être stabilisé.

La cataracte

Voir le paragraphe sur les corticoïdes dans l'encadré ci-après.

Prendre soin de ses yeux

En été, est-il dangereux de s'exposer au soleil sans lunettes ?

Si le soleil peut s'avérer dangereux pour la peau, il en est de même pour les yeux, que vous soyez polyarthritique ou non, à la plage comme à la terrasse d'un café. Les ultraviolets émis par le soleil accélèrent le vieillissement des cellules et une exposition intense et prolongée (index UV fort comme

QUELS SONT LES TRAITEMENTS DE LA PR QUI PEUVENT INDUIRE DES EFFETS SECONDAIRES OCULAIRES ?

- **Les corticoïdes** peuvent favoriser les cataractes, une pathologie qui touche principalement les personnes aux alentours de 65 ans. Les signes qui doivent vous alerter sont : une membrane opaque qui recouvre l'œil, une baisse de votre acuité visuelle et une augmentation de votre sensibilité à la lumière. Les corticoïdes peuvent induire une hypertension oculaire qui, si elle ne réduit pas, peut se transformer en glaucome.
- **Les anti-paludéens de synthèse** peuvent s'accumuler au niveau de la rétine au fur et à mesure des années et devenir toxiques pour la macula (la zone centrale de la rétine) avec un risque d'une baisse sévère de l'acuité visuelle.
- **Les biomédicaments** peuvent augmenter le risque infectieux. Il faudra en tenir compte en cas de chirurgie oculaire, notamment chez les patients diabétiques. A noter que tout foyer infectieux (notamment lacrymal) impose une antibiothérapie systématique.

en plein été et pendant plusieurs heures), notamment aux endroits où la réverbération est forte, peut engendrer des pathologies comme une **ophtalmie**, sorte de coup de soleil sur les yeux. L'ophtalmie se manifeste par un larmolement, une diminution ponctuelle de la vision et une extrême sensibilité à la lumière.

Il est donc important de porter des lunettes de soleil dès que la luminosité vous fait ressentir une gêne (quand vous plissez les yeux par exemple), surtout en hiver à la montagne, au printemps et en été, avec un indice de protection adapté à la luminosité et à l'environnement. Attention, les rayons ne se réfléchissent pas de la même façon en ville, à la campagne, à la mer ou à la montagne.

Et le tabac dans tout ça ?

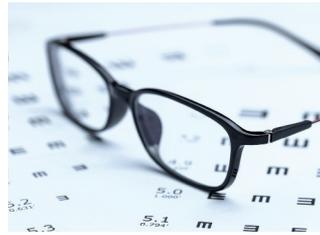
Qui dit tabac, dit carton rouge. La fumée de cigarette est déconseillée dans tous les cas et encore plus si l'on souffre d'une pathologie de l'œil. Son pouvoir irritant ne fera qu'aggraver la gêne.

Quelles précautions dois-je prendre si je suis diabétique ?

Si vous êtes diabétique, un suivi annuel minimum s'impose. Les diabètes de type 1 et 2 peuvent endommager les vaisseaux sanguins qui transportent le sang vers la rétine et entraîner

Sources : Société Française d'Ophtalmologie, www.sfo.asso.fr
« L'uvéite », Passion Santé, 2015
« La DMLA », Ophtalmologie Var

Soyez attentif au premier signe d'anomalie : rougeur, baisse de l'acuité visuelle, démangeaisons, etc., et assurez-vous d'un suivi régulier chez un ophtalmologue. Protégez-vos yeux et signalez toute prise de biomédicament en cas de chirurgie.



des rétinopathies diabétiques, responsables d'une perte d'acuité visuelle pouvant aller jusqu'à la cécité. En outre, faites vérifier votre tension oculaire régulièrement. (voir le paragraphe « L'hypertension oculaire »).

Quelles précautions dois-je prendre si je souffre d'une uvéite ?

L'uvéite est une maladie de l'œil qui touche préférentiellement les personnes souffrant d'une maladie auto-immune. Caractérisée par une rougeur de l'œil et une baisse de l'acuité visuelle, il faut protéger ses yeux des agressions extérieures : vent, fumée, lumière intense, etc.

Quelles précautions dois-je prendre si je souffre d'un syndrome de Gougerot-Sjögren secondaire (GS) ?

Il convient d'éliminer les risques traumatiques comme les lentilles, le tabac, le vent, la lumière trop intense, etc. Il est également recommandé de supprimer les médicaments qui vont assécher, comme les psychotropes.

Quelles précautions dois-je prendre si je souffre de kératoconjonctivite sèche (KCS) ?

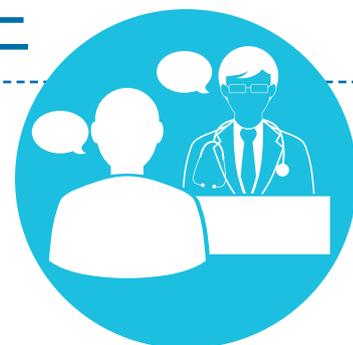
Parfois asymptomatique, la KCS peut se caractériser par une rougeur conjonctivale, des sécrétions qui collent le matin et une érosion de la cornée. Comme pour le GS, on évitera tous les risques traumatiques et on s'assurera d'un suivi régulier chez un spécialiste pour éliminer les complications, comme les ulcères de la cornée.

L'importance du suivi ophtalmologique

Une personne polyarthritique, même sans symptôme apparent de complication oculaire, doit avoir au moins un suivi annuel. Dès l'apparition d'une rougeur, d'une baisse de l'acuité visuelle ou d'une sécheresse oculaire, vous devez vous rendre chez votre spécialiste. Plus on avance en âge, plus les risques de pathologies oculaires sont élevés.

Lors d'un examen ophtalmologique, votre médecin contrôlera votre acuité visuelle, votre tension oculaire, pratiquera un fond d'œil et, le cas échéant, évaluera la quantité de larmes sécrétées par les glandes lacrymales en pratiquant le test de Schirmer et s'assurera de leur qualité par un examen au microscope.

BIEN PRÉPARER LA CONSULTATION AVEC SON RHUMATOLOGUE



Vous êtes un acteur essentiel de votre prise en charge. Personne ne sait mieux que vous ce que vous ressentez, mais qui mieux que votre rhumatologue peut faire le lien entre ce que vous éprouvez, votre maladie et votre traitement ? Il est primordial de lui transmettre toutes les informations qui peuvent s'avérer nécessaires.

Afin de pouvoir donner le plus d'informations possibles à votre rhumatologue, préparez votre consultation dès la fin de votre dernière consultation ou au moins un mois avant la date de la prochaine. Notez toutes les observations relatives à votre traitement, à vos douleurs, votre fatigue, aux changements dans votre vie.

Pour chaque consultation, apportez vos derniers examens de laboratoire, les ordonnances de tous les médicaments que vous prenez (pas seulement ceux qui concernent votre polyarthrite), et la liste des produits que vous achetez en pharmacie sans ordonnance.

Quelles sont les données importantes à transmettre ?

Les informations qui concernent l'évolution de votre polyarthrite depuis votre dernière consultation :

- Avez-vous eu des articulations bloquées / enflammées / plus douloureuses ?
- Avez-vous eu des poussées inflammatoires ? Combien ? A quelle fréquence ? Quelle intensité ?
- Avez-vous dû renoncer à une sortie, un loisir, à vous rendre au travail ?

La transmission de ces éléments est essentielle pour permettre à votre médecin de juger de l'efficacité de votre traitement afin de mieux l'adapter ou de le changer si besoin. Evitez de répondre aux questions de votre médecin de façon générale, par exemple à la question « Comment allez-vous ? » par « Ça dépend des jours ». Ce type de réponse n'est pas suffisant pour évaluer si votre traitement est adapté ou pas.

Les informations qui concernent votre sommeil, vos douleurs, votre moral :

- Comment jugez-vous la qualité de votre sommeil ? Vous sentez-vous fatigué ?
- Sur une échelle de 1 à 10, comment évaluez-vous votre douleur ?
- Avez-vous augmenté, réduit ou stoppé les antidouleurs ? Les anti-inflammatoires ? La cortisone ? Avez-vous été soulagé ?
- Vous sentez-vous plus déprimé par rapport à la dernière consultation ? Etes-vous inquiet pour l'avenir ?

Pour vous aider et faciliter la préparation de vos consultations, l'AFP^{ric} a élaboré une fiche de renseignements à remplir. Vous pouvez la télécharger gratuitement sur le site www.polyarthrite.org

Les informations qui concernent votre traitement :

- Ressentez-vous des effets indésirables gênants après la prise de votre traitement de fond ?
- Pensez-vous que votre traitement est efficace ?
- Tous traitements confondus, combien de comprimés prenez-vous par jour ?

Les informations sur vos changements ou vos projets de vie personnelle/professionnelle qui peuvent avoir une répercussion sur la maladie : régime alimentaire particulier, nouveau rythme de travail, difficultés dans la poursuite de votre activité professionnelle, projet de voyage, désir d'enfant, reprise d'une activité physique...

Puis-je tout dire à mon rhumatologue ?

Oui, et si votre problème ne relève pas de ses compétences, il vous orientera vers un professionnel compétent.

- Non-respect du traitement : si vous avez du mal à prendre votre traitement régulièrement, n'hésitez pas à le dire à votre médecin. Il pourra vous aider à reprendre le dessus et pourra mieux évaluer l'efficacité ou non de votre traitement.
- Baisse de la libido/difficultés dans le couple dues à la polyarthrite : votre rhumatologue pourra vous écouter et vous orienter.
- La rémission : si l'activité de la polyarthrite est devenue faible (plus de poussées inflammatoires, plus de progression des érosions) et même si vous souffrez de douleurs mécaniques (séquelles ou arthrose), interrogez votre rhumatologue : êtes-vous en rémission ou sur la voie de la rémission ? L'objectif de la prise en charge, aujourd'hui, est la rémission, n'hésitez pas à demander à votre rhumatologue son avis sur votre situation personnelle.

À SAVOIR :

Des séances d'éducation thérapeutique existent pour vous aider à mieux connaître votre maladie et ses traitements, et à approfondir certains aspects de la vie quotidienne : alimentation, activité physique adaptée, voyager avec son traitement ...

Sources : Fiche de renseignements et livret « Préparer sa consultation chez le rhumatologue », www.polyarthrite.org

RETROUVEZ DANS LA MÊME COLLECTION...

Poly Bien-être



► **Un magazine qui met le bien-être à la portée de tous**

Ouvrage de 32 pages, réalisé par l'AFPRIC, avec le soutien de MSD France.

Se sentir **bien dans son corps et dans sa tête** n'est pas évident, surtout quand on souffre d'un rhumatisme inflammatoire chronique. Vous trouverez, dans cette édition, un panel de conseils pour vous aider à vous sentir mieux. À vous ensuite de choisir les plus adaptés à votre situation.

Poly Déco+



► **Un magazine pratique et joli sur l'aménagement du domicile**

Ouvrage de 32 pages, réalisé par l'AFPRIC, avec le soutien de MSD France.

Qu'il s'agisse de refaire votre intérieur ou de simples adaptations, ce magazine vous propose un tour d'horizon **des solutions pour améliorer votre confort** de vie et des informations sur les aides aux financements. En plus des aménagements, vous découvrirez des objets astucieux qui trouvent un intérêt majeur quand les articulations font souffrir ou sont abîmées.

Poly Vacances



► **Un magazine pour profiter pleinement de ses vacances**

Ouvrage de 24 pages, réalisé par l'AFPRIC, avec le soutien de MSD France.

Les vacances sont un moment privilégié pour se ressourcer, retrouver un temps de liberté, voir du paysage ou réaliser ce qui nous tient à cœur. Parce que la maladie peut parfois être vécue comme un frein, nous avons recensé de nombreuses informations utiles qui vous aideront à rendre vos projets possibles afin que vos vacances restent synonymes de plaisir.

Les magazines Poly Bien-être, Poly Déco+ et Poly Vacances sont gratuits*.
Pour les recevoir, retournez le bon de commande ci-dessous :

Merci de retourner ce bon accompagné de votre chèque à : **AFPRIC – 9 rue de Nemours – 75011 Paris**

Je souhaite recevoir : Poly Bien-être Poly Déco+ Poly Vacances

*Magazines gratuits, réalisés par l'AFPRIC, grâce au soutien de MSD France.

Participation aux frais d'envoi : **4 € par un numéro.**

Nom : _____ Prénom : _____

Adresse : _____

Code postal : _____ Ville : _____ Tél : _____

Mail (facultatif) : _____

⚠ N'oubliez pas de cocher la case ci-dessous pour nous permettre de traiter votre commande !

J'accepte que mes coordonnées fassent l'objet d'un traitement informatique à l'usage exclusif de l'Association Française des Polyarthritiques et des rhumatismes inflammatoires chroniques. L'enregistrement de ces données est nécessaire à l'AFPRIC afin qu'elle puisse me faire parvenir ma commande, me tenir informé(e) de l'actualité et des activités de l'association ou me joindre au sujet de mon règlement.

Vos coordonnées ne font en aucun cas l'objet de transmission à des tiers. L'AFPRIC s'engage à respecter les conditions légales de confidentialité applicables en France et à ne pas divulguer ces informations à des tiers, hors prestataires techniques respectant la règle de confidentialité. Vous disposez d'un droit d'accès aux informations vous concernant. Vous pouvez également modifier ou supprimer ces informations. Pour exercer ce droit, il convient d'écrire à Sandrine Rollot - Association Française des Polyarthritiques - au Secrétariat national dont l'adresse est indiquée ci-dessus. Les données personnelles des personnes inactives depuis 3 ans seront supprimées.

Polyarthrite Rhumatoïde & Rhumatismes Inflammatoires Chroniques

LA POLYARTHRITE,
ENSEMBLE
C'EST PLUS FACILE
À VIVRE.



Pour être informé et soutenu :
01 400 30 200 - www.polyarthrite.org

L'AFP^{ric} est représentée partout en France et est reconnue d'utilité publique

Conception Graphique : MATHILDE FOURNIER - GOBELINS, l'école de l'image

RHEU-1227039-0000 Octobre 2018

Avec le soutien de :

