



Update Rhumatologie 2024
pour médecins de famille

L'arthrite et les médicaments biologiques un jeu d'enfants ?!



1. Diagnostic

En général, l'arthrite se manifeste principalement par une articulation gonflée et douloureuse. Pratiquement toutes les maladies rhumatismales peuvent être en cause. Le diagnostic différentiel s'étend d'une arthrose activée aux collagénoses ou aux vascularites et à de nombreuses maladies rares, en passant par la polyarthrite rhumatoïde/l'arthrite psoriasique, la spondylarthrite, ou encore l'arthrite microcristalline. Si une gonarthrose activée ou une arthrite cristalline ne peut être confirmée avec certitude, le patient doit être orienté en rhumatologie à des fins de diagnostic et de traitement.

2. Anamnèse

- Douleurs pendant la nuit et tôt le matin
- Raideur matinale (> 1 heure, vs douleurs régulières à la mobilisation en cas d'arthrose 10–30 min)
- Faiblesse dans les mains / fermeture du poing le matin, difficulté à couper du pain, fermer des boutons, ouvrir des bouteilles, etc.
- Articulations gonflées
- Symptômes généraux (malaise, perte de poids, fièvre)
- Antécédent d'infection urogénitale ou gastrointestinale
- Implication d'organes possible (anamnèse systémique ; poumons reins, ostéoporose...)
- Polyarthrite rhumatoïde (PR) : yeux, poumons (toux sèche, dyspnée d'effort)
- Arthrite psoriasique (AP) : atteinte de la peau ou des ongles ; enthésites
- Spondylarthrite (SP) : colonne vertébrale, surtout VT, VL, /yeux / intestin / peau
- Collagénoses : maladie de Raynaud / syndrome sec / poumons / peau, reins et bien d'autres
- Anamnèse familiale (surtout pour la PR, l'AP et la SP)

3. Examen

- Gonflements articulaires, douleur à la pression, hyperthermie, rougeur ?
Diverses articulations atteintes ? Dactylite = doigts/orteils « en saucisses » typique en cas de psoriasis (cave : en cas d'AP, symptômes articulaires parfois très discrets en raison d'une autre pathophysiologie : capsulite/enthésite !)

- Fermeture du poing complète ddc ou partielle? Douleurs ou force limitée à la fermeture du poing?
- Test de Gaenslen positif dans les mains / les pieds: (compression latérale des articulations MCP et MTP)
- Température / fièvre?
- Anomalies cutanées? Nodules rhumatoïdes (DD : tophus goutteux), plaques de psoriasis (face extenseur de l'articulation, derrière les oreilles, dans le nombril, le pli interfessier), érythème nodulaire, épaissements cutanés, nécroses
- Inspection des ongles (atteinte de l'ongle en cas d'AP : gouttes d'huile, ongle en tuile)

4. Analyses de laboratoire/sanguines en cabinet de médecine de famille

- CRP, vitesse de sédimentation du sang (très précieuse et bon marché), Hb, Lc, Tc (cytopénies? Anémie des maladies chroniques?) TSH, créatinine, transaminases, phosphatase alc., seulement en cas de marqueurs élevés, surtout de PR: FR et anticorps anti-CCP, cave: mais aucun suivi des FR, et anticorps anti-CCP avec réserve (en principe pas recommandé, PAS de test FAN)
- **Analyses de laboratoire spécifiques seulement en cas de forte suspicion clinique:** test de dépistage de parvovirus B19, hépatite B, C ou VIH. Cave: PAS de test sérologique de la borréliose en première intention! (uniquement en cas de forte suspicion d'arthrite de Lyme (tableau clinique typique: min. stade 2 de borréliose, monoarthrite volumineuse, p. ex. au genou; ou piqûre de tique antérieure/ECM) effectuer impérativement un test PCR afin de détecter B. Burgdorferi dans la ponction articulaire!)
- Surtout en cas d'arthrite réactive après infection urogénitale (typiquement après 1 à 4 semaines, mais variable): PCR sur premier jet d'urines du matin pour gonocoques / infection à Chlamydia / évent. mycoplasmes / Ureaplasma

5. Analyses supplémentaires

- Si disponibles: échographie et **ponction diagnostique d'une articulation gonflée (chez le médecin de famille, le cas échéant, toujours envoyer le prélèvement pour analyse (leucocytes avec répartition, cristaux et bactériologie générale))**

- Event. radiographie des mains/pieds ddc dv (modifications post-inflammatoires? Erosions? Ankyloses? Calcifications?)
- Radiographie du thorax dv/lat: sarcoïdose?

6. « Urgences »

- Surtout en cas d'arthrite septique (généralement monoarthrite, cave: oligosymptomatique chez les patients âgés!) Facteurs de risque d'arthrite septique: consommation de drogues i.v., foyer infectieux/infection des tissus mous avec dissémination, immunosuppression, patient polymorbide, diabète, articulation prothésée
 - Tenter une ponction à des fins diagnostiques le même jour, la plupart du temps aux urgences pour des raisons logistiques (**coloration de Gram en urgence**, bactériologie générale (mise en culture), leucocytes avec répartition, cristaux)
 - Cas particulier lors d'une prothèse articulaire: se référer à l'orthopédiste! Ponction stérile en salle d'opération.
 - Hospitalisation, car un lavage articulaire par chirurgie est souvent nécessaire!

7. Traitements

En principe

- Analgésique en première intention, AINS (y compris IPP)
- Corticostéroïdes: instauration du traitement par le médecin de famille possible (en général 10 (-40) mg/j), d'entente avec le rhumatologue, cave: en cas de suspicion de sarcoïdose, attendre impérativement avant d'utiliser la prednisone, car elle peut vite fausser le diagnostic pneumologique!
- Si de la prednisone est donnée > 2 semaines: commencer le traitement prophylactique de l'ostéoporose induite par des stéroïdes tel que spécifié ci-dessous!
- Toujours décider d'un éven. traitement de fond lors de la consultation en rhumatologie, avec début du traitement de fond après des examens complémentaires tels (tests sérologiques pour hép. B, C et VIH, radio du thorax, test QuantiFERON, le cas échéant), réduction progressive de la dose de prednisone en parallèle

- Objectif : rémission de l'arthrite ou faible activité de la maladie
- Gestion périopératoire des immunosuppresseurs d'entente avec le rhumatologue

Thèmes importants pour les patients atteints de PR lors des consultations de médecine générale

- Risque cardiovasculaire :
 - une bonne gestion du risque cardiovasculaire en médecine générale est importante ; la PR augmente de 1,5 fois le risque cardiovasculaire (le risque selon le GSLA peut être multiplié par le facteur 1,5)
- Vaccins :
 - Vérifier dès que possible le statut vaccinal du patient-e compléter en fonction des recommandations actuelles de l'OFSP le cas échéant, idéalement avant le début du traitement de fond et lorsque la dose de prednisone ne dépasse pas 20 mg/jour. Après l'administration de vaccins vivants, attendre au moins 4 semaines avant d'instaurer le traitement de fond, lors d'un traitement de fond immunosuppresseur par DMARD ou médicaments biologiques en cours, tous les vaccins vivants (p.ex. fièvre jaune, typhus, polio oral, MMR) sont contre-indiqués !
 - A recommander particulièrement en raison de l'immunosuppression prévue :
 - vaccination contre la grippe saisonnière
 - Prevenar-13[®] (vaccin actuel, non pris en charge par les caisses, env. CHF 95.-)
 - Shingrix[®]
 - FSME, le cas échéant
 - Hépatite B, en l'absence de vaccination antérieure
 - Moment de la vaccination lors d'un traitement de fond en cours : méthotrexate : omettre 1 à 2 doses après la vaccination ; Mabthera[®] ou petites molécules, MMF : d'entente avec le rhumatologue/ l'infectiologue, le moment de la vaccination ne pose aucun problème lors d'un traitement en cours par d'autres médicaments biologiques
- Patients sous immunosuppresseurs :
 - Pour tous les immunosuppresseurs : en cas de fièvre ou de symptômes laissant supposer une infection (toux, dysurie, larges plaies cutanées, péjoration de l'état général), en cas de doute examiner le patient, aux urgences si nécessaire, et INTERROMPRE le traitement de fond jusqu'à la diminution des symptômes

- Cave : inhibition directe de la CRP sous inhibiteurs de l'IL6, c.-à-d. qu'un patient sous Actemra® peut n'avoir aucune augmentation de la CRP malgré une pneumonie fulminante ou une diverticulite/il faut poursuivre les analyses et traiter (p.ex. RX thoracique, CT abdominal, surtout en cas de diverticulite sous Actemra®, antibiothérapie correspondante)
- Quels sont les contrôles de routine nécessaires lors des traitements de fond? Voir www.rheuma-net.ch/fr/informations-d-experts/recommandations-traitement

8. Mesures générales non médicamenteuses en cas d'arthrite

- Cesser/réduire la consommation de nicotine! (surtout en cas de PR anti-CCP-positif)
- Recommander un régime méditerranéen
- Moyens auxiliaires, le cas échéant (via ergothérapie de la main ou catalogue de la Ligue suisse contre le rhumatisme : couteaux à pain à manche ergonomique, ouvre-bouteille PET et ouvre-bocal, etc.)
- Conseils pour protéger ses articulations (éviter le froid et l'humidité/les sollicitations excessives, attelle temporaire au poignet pendant la journée, le cas échéant)
- Certificat d'incapacité de travail de courte durée, nécessité d'un prolongement de l'incapacité de travail/ d'une reconversion/ d'une inscription précoce à l'AI selon la situation et d'entente avec le rhumatologue

9. Médicaments

- AINS (traitement purement symptomatique)
- Prednisone
 - Dosage typique en cas de PR: 20 mg/j pendant 2 semaines, puis 10–15 mg/j pendant 2 semaines, ensuite 7,5 mg/j et autres réductions de la dose par paliers de 2,5 mg toutes les 2–4 semaines selon l'évolution, augmentation de la dose du traitement de fond en parallèle
 - Prophylaxie de l'ostéoporose induite par des stéroïdes : s'assurer de la prise quotidienne de 800–1200 mg de calcium (supplémenter au

besoin, si l'apport alimentaire est insuffisant) et 800 à 1000 UI de vit. D (supplémenter au besoin), DXA souhaitable, bisphosphonate au besoin

- DMARDS synthétiques (traitements de fond non biologiques)
 - Non immunosuppresseurs :
 - Plaquenil® 200–400 mg/j
 - Salazopyrine 2–3 g/j
 - Immunosuppresseurs (analyses préalables : formule sanguine, créat., valeurs hépatiques, sérologie hép. B/C/VIH, RX du thorax nécessaires) :
 - Méthotrexate 15–25 mg 1 × semaine (idéalement s. c.), acide folique 5–10 mg par semaine à 24 h avant ou après le méthotrexate
 - Léflunomide 20 mg/j
- Médicament biologique et petites molécules (particulièrement : en plus des examens préalables pour le méthotrexate : test Quantiferon. Coûts du traitement env. CHF 12–15 000.–/année, garantie de prise en charge des frais par la caisse maladie (assurance de base) nécessaire, prescription uniquement par un rhumatologue)

Pour la PR

- Inhibiteurs du TNF :
 - Etanercept, Adalimumab, Certolizumab, Golimumab, Infliximab
- Anti-récepteurs à l'IL-6 :
 - Tocilizumab, Sarilumab
- Anticorps anti-CTLA4 :
 - Abatacept
- Anticorps anti-CD-20 : inhibition sélective des cellules B
 - Rituximab
- Petites molécules :
 - Avantages : médication po, courte demi-vie
 - Inconvénients : sur le marché depuis quelques années seulement, nouvelles alertes ou augmentation du risque cardio-vasculaire pour les > 65 ans et les patients à risque de thromboses/embolies, infarctus du myocarde, AVC et tumeurs pulmonaires!, légère augmentation du risque d'infections par H. Zoster, évaluation précise des risques et bénéfices et information du patient nécessaire
 - Substances (inhibiteurs des Janus kinases (JAK)) :
 - Tofacitinib, Baricitinib, Upadacitinib

Pour l'AP

- Inhibiteurs du TNF-alpha (voir ci-dessus)
- Anti-IL-17: Sécukinumab et Ixekizumab
- Anti-IL-12/23: Ustékinumab
- Petites molécules (inhibiteurs des JAK; voir ci-dessus) et aprémilast inhibiteur de PDE4 (Otezla®) 30 mg po en supplément

10. Messages clefs

- L'arthrite nécessite un diagnostic différentiel très vaste; en cas de doute, toujours faire appel à un rhumatologue.
- Eviter les grandes « séries de tests rhumatologiques et immunologiques » et les tests FAN en cabinet de médecine générale.
- Que puis-je faire moi-même? Faire une ponction articulaire le cas échéant, TOUJOURS accompagnée d'une analyse du nombre de Leucocytes avec répartition, cristaux, bactériologie générale.
- Une prise en charge par le médecin de famille est importante en ce qui concerne les vaccins, la gestion du risque cardiovasculaire, les analyses de laboratoire de routine pour les traitements de fond.
- Recommander clairement aux patients atteints de maladies rhumatismales inflammatoires au moins un à deux contrôles annuels rhumatologie.
- Commencer une corticothérapie uniquement d'entente avec le rhumatologue (p. ex. 20 mg/j).
- Cave : la CRP peut être inhibée (=normale) malgré une infection floride chez les personnes sous Actemra®/Kevzara® (anti-IL 6).
- Réagir vite, diagnostiquer et traiter les patients sous immunosuppresseurs qui ont de la fièvre / des symptômes infectieux et interrompre impérativement les médicaments biologiques, le MTX et le léflunomide en fonction de la situation! La salazopyrine et le plaquénil n'ont pas d'impact sur l'immunosuppression.

