

# BIOPOLE INFOS

n°11 – Novembre 2017



## LA POLYARTHRITE RHUMATOÏDE

## LA POLYARTHRITE RHUMATOÏDE (PR)

### Epidémiologie

Premier rhumatisme inflammatoire chronique de l'adulte (prévalence 0.3 à 0.8%)

Sex ratio : 1 homme/ 4 femmes

Pic d'incidence : 40-60 ans

Origine multifactorielle : génétique (HLA DR), hormonale (grossesse), tabagisme+++.....

**Diagnostic précoce : Nouveaux critères de classification clinico-biologiques de l'ACR/EULAR (2010)**

Examens biologiques systématiques à réaliser devant une polyarthrite débutante [6].

Vitesse de sédimentation et protéine C-réactive  
Hémogramme  
Transaminases  
Créatininémie ; bandelette urinaire (protéinurie, hématurie)  
Facteurs rhumatoïdes et anticorps anti-peptides citrullinés (ACPA)  
Anticorps antinucléaires (AAN)  
Sérologies virales : hépatite B et C (en bilan préthérapeutique)

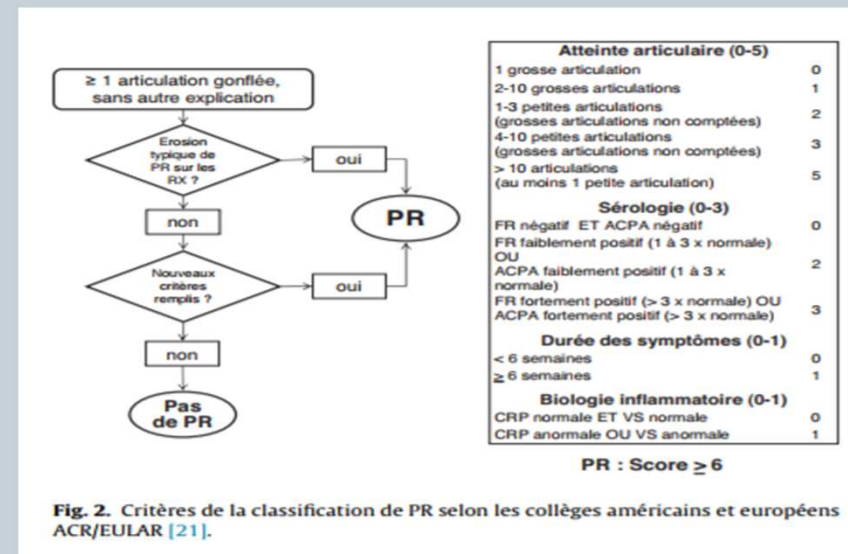


Fig. 2. Critères de la classification de PR selon les collèges américains et européens ACR/EULAR [21].

Devant au moins une synovite clinique et en l'absence d'élément orientant vers le diagnostic d'une autre maladie, on peut retenir le diagnostic de polyarthrite rhumatoïde si le score est ≥6/10.

Si le patient ne remplit pas les critères clinico- biologiques de l'ACR /EULAR mais si les radiologies standards montrent des



érosions typiques de PR, la maladie peut également être classée comme PR.

Le diagnostic et le traitement précoces sont déterminants dans le succès de la prise en charge de ce rhumatisme.

### Facteurs rhumatoïdes

Auto-AC de classe IgM (parfois IgG ou IgA) dirigés contre le fragment Fc des IgG humaines et animales.

Leur recherche quantitative s'effectue par l'association de 2 méthodes :

- Immunoturbidimétrie seuil >30 UI/ml
- ELISA (IgM hétérologues) seuil >5 UI/ml

	Sensibilité	Sensibilité	Spécificité
	PR précoces (<1an)	PR avérée (>2 ans)	
<b>Immunoturbidimétrie</b>	50-66	82	87-95
<b>ELISA</b>	65	79	84-94

Leur positivité s'interprète toujours avec prudence. Des titres supérieurs à 3 fois la normale sont attendus dans une PR avérée.

### Fréquence des facteurs rhumatoïdes (en%)

Polyarthrite rhumatoïde	60-80%	
Gougerot Sjögren	70-90%	
Lupus Erythémateux Systémique	25-40%	
Sclérodermie	20-30%	
Péri artérite noueuse	10-20%	
Syndrome lymphoprolifératif	10-20%	
Fibrose pulmonaire	10-30%	
Affection auto-immune du foie	10-50%	
Cryoglobulinémie mixte	100%	
Endocardite infectieuse	30-50%	
Leishmaniose	50-80%	
Hépatite C chronique	50-75%	
Syphilis	15-25%	
Infections virales (EBV...)	20-60%	
Sujets « normaux »	<30 ans	1%
	30-65 ans	5%
	>65 ans	15%



Des titres supérieurs à 3 fois la normale sont attendus dans une PR avérée.

	<b>Sensibilité (%)</b>	<b>Spécificité (%)</b>
<b>Phase pré « PR »</b>	34	98
<b>Phase précoce (&lt;6 mois)</b>	58	94
<b>Phase d'état (&gt;12 mois)</b>	88	93

Intérêt de l'association FR et ACCP : VPP = 91-100%.

Les FR et les ACCP sont des marqueurs indépendants.

#### **Bilan de suivi**

-VS CRP : participant aux scores composites d'activité de la maladie (ex : DAS28)

- prévention des effets secondaires des traitements : NFS, bilan hépatique, fonction rénale.

- recherche d'un syndrome de chevauchement : AC anti-nucléaires et Ac anti-ADN ► recherche d'un lupus induit par les anti-TNF.

L'évolution du titre des FR et ACCP ne semble pas corrélé à l'évolution clinique et leur normalisation n'est pas un objectif thérapeutique.

#### Références :

Polyarthrite Rhumatoïde, EPU BIOMNIS octobre 2017

Recommandations de la Société française de rhumatologie pour la prise en charge de la polyarthrite rhumatoïde, Revue Française de Rhumatologie 2014.