

# **Polyarthrites du sujet âgé**

**Classique**

**FR+**

**ACCP+**

**PR rhizomélique**

**ou PPR**

**Évolution ≠**

**PR**

**bénigne**

**FR-      FR**

**PR avec  
oedèmes**

**PR pseudo  
septique**

# **Polyarthrites du sujet âgé**

**Le rhumatisme psoriasique est le plus tardif des PR séronégatives**

**Les rares polyarthrites de la CCA**

**La goutte féminine (polyarthrite inflammatoire avec atteintes des IPD)**

# Modes de début

	PR précoce	PR tardive
<b>Jeune H-F</b>	<b>1 / 4</b>	<b>1 / 1.5</b>
<b>Début</b>	<b>Progressif</b>	<b>Rapide</b>
<b>A. systémique</b>	<b>Rare</b>	<b>Fréquente</b>
<b>Topographie</b>	<b>Distale</b>	<b>Rhizomélique</b>
<b>PPR-like</b>	<b>Rare</b>	<b>Très fréquents</b>
<b>Oedèmes</b>	<b>Rares</b>	<b>Fréquents</b>
<b>Sjögren</b>	<b>Fréquent</b>	<b>Plus fréquent</b>
<b>Evolution</b>	<b>Base</b>	<b>Plus agressive (score Rx)</b>

# Traitements

## Traitement symptomatique

Corticothérapie faibles doses +

Analgésiques II / III

Gestes locaux

(AINS = risque élevé)

## Traitement de fond

Mêmes schémas que  
pour les PR à début  
précoce...

**mais**

Anti-TNF $\alpha$  aussi

Hypoalbuminémie

Clairance de la créatinine

Risque infectieux. IDR ?

I. cardiaque

# **PR et anti-TNF $\alpha$**

- ▶ **Analyse essais rassemblés, N=2300**
- ▶ **5800 patients/année exposés**
- ▶ **Comparés aux sujets jeunes**
  - **Réponse ACR identique (HAQ)**
  - **E.S. identiques**
  - **Maintenance 6 ans**
  - **Réduction du risque cardiovasculaire**

# **Polyarthrites oedémateuses du sujet âgé (POSA/RS<sub>3</sub>PE)**

## **Deux syndromes**

### **POSA Primitif**

**Idiopathique**

**Masculin**

**Atteinte des fléchisseurs**

**FR-**

**Sensible à 10 mg de  
prednisone**

**Guérison sans rechute**

**POSA symptomatique**

**Secondaire**

**Néoplasie solide**

**Hémopathie : lymphome**

**Signal : **Résistance à la  
corticothérapie****

# **SPA du sujet âgé**

## **Présentation classique**

**Première poussée ?**

**N<sup>ème</sup> rechute d'une SPA ancienne ?**

**Valeur de la radiographie ?**

## **Présentation atypique**

**Œdèmes et atteinte systémique**

**PPR**

**Arthrite réactionnelle du sujet âgé**

# Patients débutant une SPA après 60 ans. Comparaison avec des SPA débutant avant 40 ans (1)

	SPA à début tardif N = 25	SPA du sujet jeune N = 68	
Âge	65.1 (58-72)	26.6 (11 – 40)	
M/F	14/11	13/55	
Atteinte axiale (%)			
Cervicale	75	18	0.002
Dorsale	62	11	0.02
Lombaire	25	40	N
Thoracique antérieure	75	34	0.04
Arthrites périphériques	75	34	0.04
Enthésopathies (NG)	1.5 +1	2.5 ± 1.5	NS
Uvéite	25	10	NS
MITD	30	10	NS
psoriasis	37.5	8.3	0.02



## **Patients débutant une SPA après 60 ans. Comparaison avec des SPA débutant avant 40 ans (2)**

	SPA à début tardif N = 25	SPA du sujet jeune N = 68	
<b>VS</b>	<b>87 ±12</b>	<b>25 ±8</b>	<b>0.001</b>
<b>CRP</b>	<b>32</b>	<b>17</b>	<b>0.01</b>
<b>V7</b>	<b>60</b>	<b>75</b>	<b>NS</b>
<b>Réponse aux traitements :</b>			
<b>METHOTREXATE® – SL2</b>	<b>50</b>	<b>15</b>	<b>0.04</b>
<b>AINS</b>	<b>30</b>	<b>80</b>	<b>0.01</b>
<b>Corticoïdes</b>	<b>70</b>	<b>10</b>	<b>0.01</b>

*Ambroise paré 1999*

*Le Parc JM et Verlhac B. Rev. Rhum, 2004, 71(6): 480-3.  
SFR 2006 - Pr. Jean-Marie Le Parc, service de rhumatologie, CHU Ambroise Paré (92)*

# Arthrites, oedèmes non inflammatoire et sujet âgé

<b>LOPSA</b>	<b>RS3PE/POSA</b>	<b>PPR</b>
<b>Oligoarthritis asymétrique</b>	<b>Polyarthrite symétrique</b>	<b>Douleurs des ceintures</b>
	<b>Synovite des fléchisseurs des mains</b>	<b>Polyarthrite distale</b>
	<b>Résolutive</b>	<b>Résolutive</b>
<b>Œdème des membres inférieurs</b>	<b>Œdème des membres Supérieurs des extrémités</b>	<b>Œdème des mains (20%) rare</b>
<b>Enthésopathie</b>	<b>Non</b>	<b>Non</b>
<b>Altération de l'état général</b>	<b>Oui</b>	<b>Oui</b>
<b>Syndrome inflammatoire marqué</b>	<b>Oui</b>	<b>Oui</b>
<b>B27</b>	<b>B7</b>	<b>DR4</b>
<b>AINS-, corticoïdes+</b>	<b>Corticoïdes+</b>	<b>Corticoïdes+</b>
<b>Évolution</b>		
<b>Réfractaire</b>	<b>Guérison en moins d'un an</b>	<b>Plus de trois ans</b>
<b>rechutes</b>	<b>Pas de rechute</b>	<b>Rechutes</b>

*Ambroise paré 1999*

*Le Parc JM et Verhac B. Rev. Rhum, 2004, 71(6): 480-3*  
SFR 2006 - Pr. Jean-Marie Le Parc, service de rhumatologie, CHU Ambroise Paré (92)

# **PR ou PPR ?**

**Non différenciables pendant six à douze mois ?**

**« Les arthrites ne rechutent pas**

**Les arthrites ne détruisent pas »**

**Mais**

**Absence d'anti CCP dans la PPR**

**(Valverde, 2004)**

# **Résistance à la corticothérapie PPR**

**La résistance à 20 mg de prednisone d'un patient chez lequel est diagnostiqué une PPR doit faire remettre en cause le diagnostic.**

**Argument : 20 % de résistance à 20 mg après une semaine de traitement (230 PPR) :**

**50 % lymphomes / 50 % tumeurs solides.**

# **Maladie de Horton**

- ▶ **Pièges cliniques**
- ▶ **Intérêt des bolus ??? (mayo clinic)**
- ▶ **Anticoaguler ou pas ?**

# **Résistance à la corticothérapie Horton**

- ▶ **Erreur de posologie et variation des doses**
- ▶ **Traiter uniquement les signes biologiques**
- ▶ **Prednisonne / prednisolone**
- ▶ **Atteinte aortique**
- ▶ **Discussions anti-TNF $\alpha$  ??**

# **EchoDoppler et Horton**

- ▶ **23 études comprenant 2030 sujets**
- ▶ **Signe du halo, sténose sur artère temporale**
- ▶ **Sensibilité 69 % , spécificité 87 (BAT)**
- ▶ **Intérêt étude arc aortique**

# **IRM et Horton**

- ▶ **Etude A.T.**

**Épaississement anormal et diamètre**

- ▶ **Etude aorte et ses branches**

**(0.88 cm vs 0.57 cm) Suspicion aortique**

- ▶ **Mieux que PET/SCAN ?**



# **Anti-TNF $\alpha$ – PPR / Horton**

- ▶ **Deux études randomisées**
- ▶ **Deux déceptions**
- ▶ **Pas de rémission**
- ▶ **Pas d'épargne cortisonique**

# **Rhumatismes inflammatoires iatrogènes**

## **▶ Crise de goutte**

**⇒ Diurétique**

**Baisser la dose**

**Introduire l'allopurinol**

**Fénofibrate**

**Losartan**

**⇒ Ethambutol, pyrazinamide, cyclo, oméprazole**

# Rhumatismes inflammatoires iatrogènes

## Vascularite ANCA+

Minocycline  
Ciprofloxacine  
Allopurinol

## Arthrite réactionnelle

BCGthérapie

## Lupus

Minocycline

Isoniazide

Carbamazepine

Practolol

Sulfasalazine

Acebutolol

# Conclusions

- ▶ **Grandes variétés nosologiques**
- ▶ **Anti-CCP PR/PPR**
- ▶ **Les œdèmes**
- ▶ **Echographie/Horton ??**