

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

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 α aussi

Hypoalbuminémie

Clairance de la créatinine

Risque infectieux. IDR ?

I. cardiaque

PR et anti-TNF α

- ▶ **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/RS₃PE)

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^{ème} 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	
VS	87 ±12	25 ±8	0.001
CRP	32	17	0.01
V7	60	75	NS
Réponse aux traitements :			
METHOTREXATE® – SL2	50	15	0.04
AINS	30	80	0.01
Corticoïdes	70	10	0.01

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

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

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 α ??**

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 α – 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 ??**