



La Pseudo-Polyarthrite Rhizomélique (PPR)



La PPR est un rhumatisme inflammatoire curable. C'est une maladie fréquente (environ 0,5% de la population) qui démarre rarement avant 50 ans mais dont la fréquence augmente avec l'âge. Elle touche plus souvent les personnes de type caucasien et les femmes (2 à 3 fois plus) que les hommes. Cette maladie est aussi appelée « rhumatisme des ceintures des sujets âgés ».

En anatomie, les articulations les plus près du corps sont la racine des membres ; elles sont dites Rhizomelique (de rhis, « racine » en grec). Mais ces articulations sont aussi celles de la ceinture scapulaire (les épaules) ou pelvienne (les hanches). Rhumatisme veut dire que c'est une affection inflammatoire et des sujets âgés veulent dire que cette affection n'existe pas avant 60 ans.

QUELLES EN SONT LES MANIFESTATIONS ?

La PPR associe des douleurs inflammatoires et une altération de l'état général. Les douleurs sont localisées d'abord aux épaules puis aux hanches. Elles irradient de part et d'autre. Les cuisses, le rachis cervical et lombaire peuvent aussi être atteints. Les douleurs réveillent souvent en fin de nuit, elles provoquent une raideur matinale de plus d'une heure. Elles peuvent entraîner un handicap important dans les activités quotidiennes. L'état général peut être marqué par une grande fatigue, un amaigrissement, de la fièvre.

COMMENT FAIT-ON LE DIAGNOSTIC ?

Son diagnostic est difficile en raison de la similitude avec les symptômes d'autres maladies (notamment de la polyarthrite rhumatoïde). Le diagnostic de cette pathologie est avant tout clinique et repose sur la topographie des douleurs associée à un syndrome inflammatoires biologique. Il n'existe pas d'anticorps spécifiques à doser contrairement à la polyarthrite rhumatoïde. Par ailleurs, depuis quelques années, l'échographie articulaire s'est développée en rhumatologie et il peut y avoir, chez certains patients, des signes échographiques au niveau des épaules et des hanches. Ces éléments permettent d'affiner le diagnostic, d'autant plus s'ils sont bilatéraux.

Un pronostic de plus grande sévérité est établi lorsque la PPR est associée à la maladie de Horton qui entraîne des atteintes des artères et peut provoquer des complications graves au niveau oculaire. La maladie de Horton est quant à elle une artérite.

Les radios n'ont guère d'intérêt car elles sont normales d'autant que les douleurs ne sont pas vraiment articulaires, comme l'indique le terme anglais *polymyaglia* qui attribue plutôt les douleurs aux muscles ou même aux artères ; car un autre terme moins courant désignant cette maladie est *polymyalgia aeritica*.

QUEL EST LE TRAITEMENT ?

Le traitement principal de la PPR est la corticothérapie sur une période de 18 à 24 mois, qui permet une amélioration souvent spectaculaire des douleurs. Le seul traitement efficace de ce rhumatisme inflammatoire est la Prednisone (Cortancyl®) qui a un effet spectaculaire en moins de 24h sur les douleurs et rapide sur la vitesse de sédimentation (VS). La dose initiale de Prednisone® est modérée dans la PPR et sera ajustée périodiquement. Elle sera plus forte en cas de maladie de Horton. Rappelons qu'une corticothérapie au long court doit donner lieu à une prévention du risque d'ostéoporose.

La PPR évolue sur une période d'un à trois ans puis disparaît, sans séquelle. Le sevrage total en corticoïdes n'est pas toujours facile et le maintien de très petites doses de 2 à 3 mg par jour n'est pas exceptionnel. En cas de corticodépendance ou de corticorésistance, le méthotrexate peut être employé. Les anti-TNF sont à l'étude, comme le tocilizumab® qui montrerait des résultats plutôt encourageants.

Il est recommandé au début de la maladie, de consulter son médecin tous les 3 mois pour la surveillance de l'efficacité du traitement et de sa tolérance, par un examen clinique et des bilans biologiques sanguins.

Le régime sans sel, la prise régulière du traitement et des traitements concomitants sont une garantie d'efficacité et d'un risque minimum d'effets secondaires



POLYARTHRITE RHUMATOÏDE ET PSEUDO-POLYARTHRITE RHUMATOÏDE

Il ne devrait pas y avoir de confusion entre la polyarthrite rhumatoïde (PR) et la PPR. En effet, la PR touche au début les articulations distales et non Rhizomelique. Dans la PPR, il n'y a pas de synovite (inflammation de la membrane qui entoure l'articulation). La seule situation un peu délicate est la survenue d'une PR chez un sujet âgé qui, dans ce cas, peut toucher les ceintures. Mais il y a alors pratiquement toujours une synovite quelque part sur un doigt, un poignet, un genou, qui ne se voit pas dans la PPR.

PIÈGES...

- Il n'y a pas de déficit neurologique ou d'amyotrophie au cours de la PPR au contraire de la polymyosite.
- La chondrocalcinose (même terrain) peut entraîner une atteinte inflammatoire des ceintures.
- Toujours se méfier d'un diagnostic de PPR trop rapide : d'autres pathologies peuvent simuler une PPR.

CE QU'IL FAUT RETENIR

- ◆ Signes visuels = complication possible de la maladie de Horton = urgence thérapeutique (risque de cécité brutale et irréversible)
- ◆ À priori, une PPR avec céphalées est une maladie de Horton : une biopsie temporale est souhaitable en urgence, celle-ci n'est pas nécessaire en l'absence de signes évocateurs
- ◆ Une PR du sujet âgé peut débuter par une atteinte proximale : répéter les examens si besoin (radio des mains, facteur rhumatoïde).

UN SITE POUR S'INFORMER :

- **La Société Française de Rhumatologie :**
www.rhumatologie.asso.fr Informations patients : onglet « La Rhumatologie et vous » Rubrique : «La pseudo-polyarthrite Rhizomelique»

POUR EN SAVOIR PLUS :

POLYARTHRITE
& Rhumatismes Inflammatoires Chroniques
Besoin d'information ?
Contactez-nous !
Entr'Aide
01 400 30 200
entraide@afpric.org
www.polyarthrite.org **AFP ric**
Reconnue d'utilité publique