

Les erreurs classiques dans le diagnostic et la gestion d'une pseudo polyarthrite rhizomélique

Journée de formation médicale continue
Jeudi 10 septembre 2015

Béatrice Bouvard

Conflits d'intérêts de l'orateur en rapport avec le thème de la conférence

AUCUN

Quand évoquer une PPR ?

Chez un sujet de > 50 ans

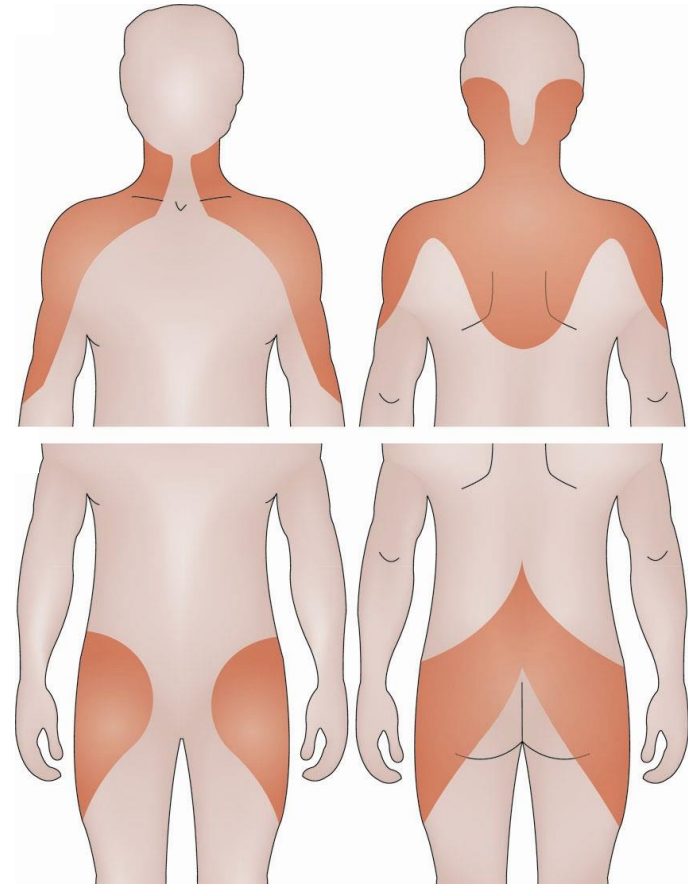
Association

- arthromyalgies inflammatoires des ceintures scapulaires et/ou pelviennes bilatérales

- enraidissement matinal prolongé > 45 minutes

- syndrome inflammatoire biologique

Évoluant depuis plusieurs semaines



La PPR est une maladie difficile à diagnostiquer car il n'y a pas de marqueur diagnostique spécifique

1^{ère} erreur : erreur diagnostique

La PPR est un diagnostic d'exclusion

Il faut s'assurer par l'interrogatoire, l'examen clinique, les examens biologiques et les radiographies qu'il ne s'agit pas d'un autre diagnostic

maladie de Horton

RIC : PR, SpA

rhumatismes microcristallins (CCA)

cancer

infection (endocardite)

maladies musculaires

endocrinopathies

Signes cliniques à rechercher

Signes cliniques en faveur d'une **maladie de Horton** (signes visuels, céphalées, artères temporales...)

Signes cliniques en faveur d'un autre rhumatisme : **PR, CCA** (arthrites périphériques...)

Signes cliniques en faveur d'un **cancer**, d'une **infection**, d'une **maladie musculaire** (poids, température, souffle cardiaque, ADP, déficit musculaire...)

Bilan biologique minimum

- CRP
- Hémogramme
- Bilan hépatique, créatininémie, calcémie, phosphatémie, électrophorèse des protéines
- Hémocultures, BU
- Facteurs rhumatoïdes, ACPA, Ac anti-nucléaires
- CPK, TSH

Dans une PPR maladie seuls les marqueurs de l'inflammation sont anormaux

Bilan radiologique minimum

- Radiographie thoracique de face
- Radiographie des 2 épaules
- Radiographie du bassin

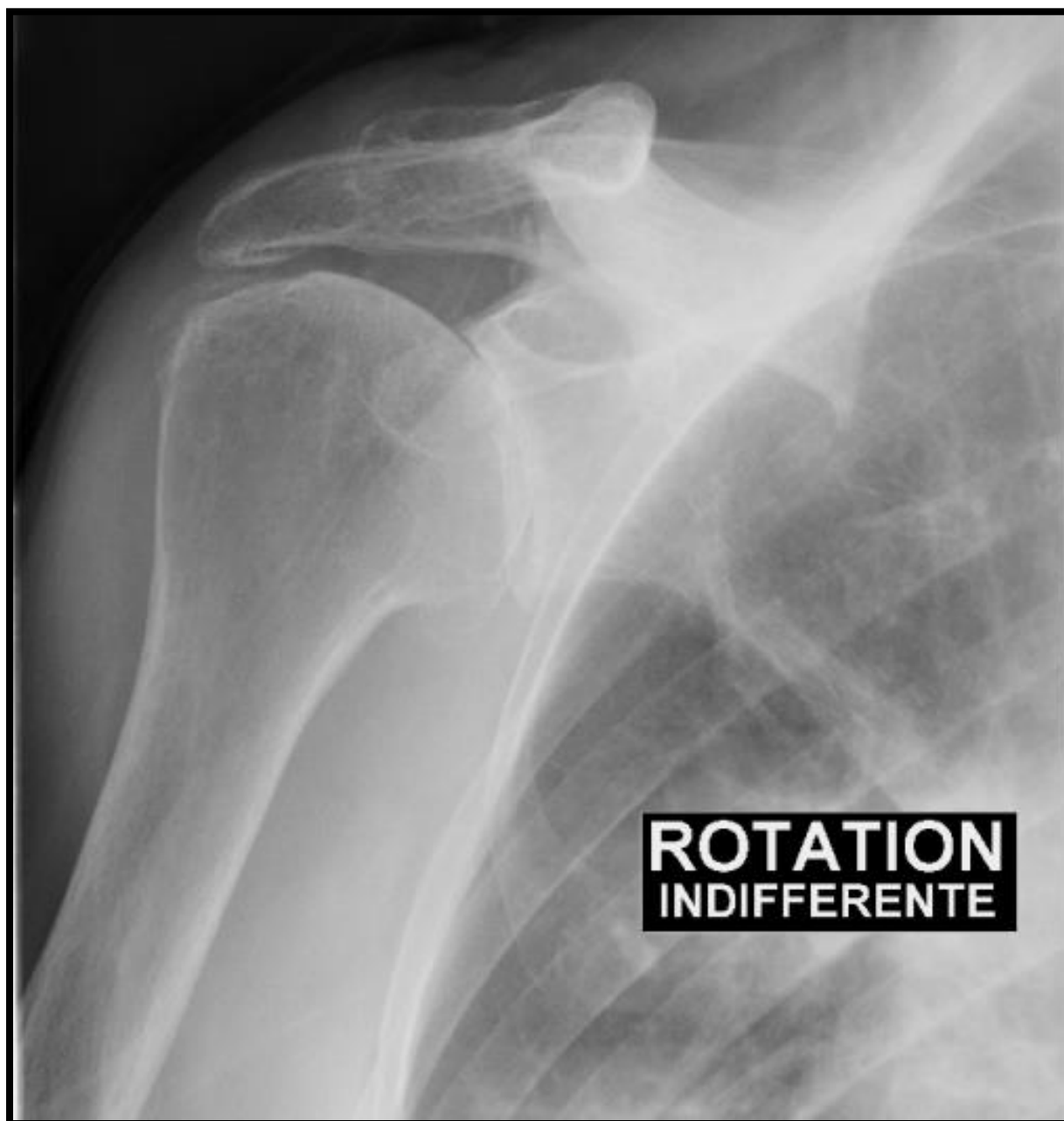
Dans une PPR maladie le bilan Rx est « normal »



Cofer

COFER

www.iecofer.org



**ROTATION
INDIFFERENTE**





Cofer

www.lecofer.org

Signaux d'alerte au diagnostic

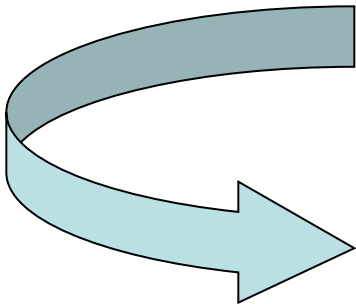
- **troubles visuels**
- céphalées
- manifestations systémiques prédominantes
- âge < 60 ans
- absence d'atteintes des épaules
- arthrites périphériques
- CRP très élevée, anticorps +, autres anomalies bio
- Rx anormales

Demander avis spécialisé

si

- 1) Tableau de PPR sans signal d'alarme
- 2) Biologie normale hormis inflammation
- 3) Rx normales

C' est peut-être une PPR maladie



Débuter corticothérapie

2^{ème} erreur : erreur thérapeutique

1/ la dose initiale de corticoïdes

15 à 20 mg de prednisone

Disparition rapide de symptômes en 48-72 heures

Si pas de signe de Horton ne pas mettre 0,5 ou 1 mg/kg

Si le patient n' a pas répondu complètement
(clinique et biologie) après 2 semaines

Ne pas augmenter les corticoïdes
(sinon on n' y comprendra plus rien)

Demander avis spécialisé

2^{ème} erreur : erreur thérapeutique

2/ la décroissance et l'arrêt des corticoïdes

Sevrage possible en 12 à 16 mois

Exemple de décroissance

15 mg par jour 3 semaines

puis 12,5 mg par jour 3 semaines

puis 10 mg par jour 3 semaines

puis diminuer de 1 mg par mois

Le patient a bien répondu initialement à la corticothérapie mais a de nouveau des douleurs à la décroissance

Douleurs de PPR ?

- se reposer la question du diagnostic
- éventuellement remonter les corticoïdes au pallier supérieur

Douleurs de sevrage en corticoïdes ?

- douleurs plus diffuses
- ne doivent pas faire remonter les corticoïdes (mettre HOC si besoin quand Gcs < 5mg/j)

Le sevrage en corticoïdes impossible

Douleurs de PPR ?

- se reposer la question du diagnostic
- éventuellement remonter les corticoïdes au pallier supérieur

Douleurs de sevrage en corticoïdes ?

- douleurs plus diffuses
- ne doivent pas faire remonter les corticoïdes
(mettre HOC si besoin quand Gcs < 5mg/j)

Signaux alerte pendant le traitement

- Réponse incomplète à la corticothérapie à 2 semaines
- Cortico dépendance avec impossibilité de diminuer les corticoïdes
- Rechutes multiples : il peut exister 1 à 2 rechutes dans la PPR maladie avec nécessité de remonter au palier supérieur en corticoïdes
- Sevrage impossible à 24 mois

Demander avis spécialisé

3^{ème} erreur : j'oublie la prévention de l'ostéoporose

Bilan indispensable car corticothérapie prolongée

- mesure de densité osseuse
- radiographies du rachis dorsal et lombaire
- biologie

Indication d'un traitement par bisphosphonates

**Si corticothérapie prévue pour plus de 3 mois
ou reçue depuis au moins 3 mois**

Mesures générales:
dose minimale efficace de GC, supplémentation calcique si apports calciques
insuffisants et apports de vitamine si taux bas

**Femmes ménopausées
et hommes ≥ 50 ans**

**Femmes non ménopausées
et hommes < 50 ans**

• Equivalent prednisone $\geq 7,5$ mg/j
• Ou ATCD de fracture de faible
traumatisme
• Ou âge ≥ 70 ans
• Ou T score $\leq -2,5$ à un des 2 sites

• Equivalent prednisone $< 7,5$ mg/j
• Et pas d'ATCD de fracture de faible
traumatisme
• Et âge < 70 ans
• Et T score $> -2,5$ aux 2 sites

Calcul du FRAX ajusté (\pm avis d'un
spécialiste en pathologie osseuse)

Au dessus du seuil
d'intervention

Sous le seuil
d'intervention

**Traitement antiostéoporotique
(Bisphosphonates ou téraparatide)**

**Pas
de traitement antiostéoporotique**

Réévaluation à 2 ans par DXA
puis adaptation selon l'évolution

• Traitement non systématique
• Evaluation individuelle du risque

• Traitement antiostéoporotique
(bisphosphonates/téraparatide)
si fracture de faible traumatisme

Démarche diagnostique

- Rechercher les critères positifs de PPR
- Rechercher l'absence de critères d'exclusion
- Corticothérapie modérée avec décroissance codifiée
- Évaluer la réponse
- Confirmer le diagnostic grâce au suivi en long cours et au sevrage

La PPR est une maladie bénigne, très cortico sensible, qui doit guérir complètement avec une corticothérapie faible arrêtée en 12 à 16 mois avec parfois une à deux rechutes

Le diagnostic de PPR n'est pas un diagnostic réalisé rapidement, mais est confirmé au fur et à mesure

Le diagnostic est finalement définitivement retenu une fois le patient sevré de sa corticothérapie

Les erreurs classiques
diagnostic et
pseudo n... n... une
nizom lique

Merci de votre attention

Formation médicale continue
Jeudi 10 septembre 2015

Béatrice Bouvard