



Qu'est-ce qui a changé ces dernières années en rhumatologie ?

Richard Trèves

*Service de Rhumatologie, CHU Dupuytren, 2 avenue Martin Luther King, 87042 Limoges
richard.treves@unilim.fr*

L'arthrose est-elle une maladie métabolique ?

L'obésité est avec le vieillissement et les traumatismes un des facteurs essentiels de l'arthrose.

L'arthrose au cours de l'obésité peut s'observer au niveau des articulations portantes mais aussi aux mains, probablement par le biais de l'intervention de médiateurs circulants venant du tissu adipeux, les adipokines, qui illustre bien la composante systémique et métabolique de la maladie. Il y a des arguments épidémiologiques et biologiques qui plaident pour l'existence d'un phénotype clinique incluant l'arthrose et lié à l'obésité.

Le lien entre arthrose et obésité est affirmé avec la gonarthrose et moins avec la coxarthrose.

Pour les articulations portantes, les excès de contrainte, le stress mécanique, sont des explications plausibles (lombarthrose, gonarthrose).

En revanche, l'obésité et le surpoids sont indépendamment associés à l'arthrose digitale avec un risque multiplié par 2 d'après une méta-analyse de E. Yusuf parue dans *Annales of Rheumatic Disease* en 2010.

L'arthrose est un véritable syndrome métabolique, on parle d'arthrose métabolique ; le syndrome métabolique correspond à la combinaison chez un même patient de maladies telles que la dyslipidémie, l'hypertension artérielle, le diabète ou l'insulino-résistance et l'obésité et qui ont en commun d'augmenter le risque des maladies cardio-vasculaires.

Il y a des implications thérapeutiques : le régime, l'activité physique, la chirurgie bariatrique, tant sur l'obésité que sur les anomalies métaboliques et la gonarthrose sont promues.

Mais, le contrôle de l'hypertension artérielle, du diabète, de la dyslipidémie, ne permettent pas pour l'instant d'améliorer les symptômes d'arthrose.

Les statines n'ont pas montré à ce jour d'efficacité cliniquement pertinente sur la gonarthrose.

En somme, faire le diagnostic d'arthrose métabolique, c'est s'escrimer à prévenir les risques des patients ayant des facteurs de risque cardio-vasculaire.

On lira avec intérêt l'article paru dans la *Revue du Rhumatisme* n°80 de 2013, pages 547-552, « *l'arthrose est-elle une maladie métabolique ?* » par Jérémie Sellam et Francis Berenbaum.

La polyarthrite rhumatoïde sous biothérapie peut entrer en rémission

Les biothérapies représentent une révolution depuis 1999 dans le contrôle de bon nombre de maladies systémiques dont la polyarthrite rhumatoïde (PR), les spondylarthrites, le rhumatisme psoriasique, sans compter les entérocolopathies inflammatoires, etc.

Obtenir la rémission est l'objectif ultime actuel du traitement de la PR et de la SPA.



Une fois obtenue la rémission clinique et la freination des lésions structurales, la question qui se pose est d'obtenir selon des critères de rémission maintenant bien définis, un DAS 28 inférieur à 2,6 (le DAS 28 est un indice d'activité composite de la maladie qui associe le nombre d'articulations douloureuses, le nombre d'articulations gonflées, l'EVA du patient et la vitesse de sédimentation ou la CRP).

Pour confirmer la définition de la rémission, cette dernière doit être clinique et biologique mais aussi sur les données de l'échographie autant que la radiographie.

Un grand pas a donc été franchi, nous pouvons maîtriser dans bon nombre de cas la polyarthrite rhumatoïde, la spondylarthrite et autres maladies.

Nous profitons de la rémission chez les malades pour espacer les doses ou réduire de 50 % la prescription des biothérapies.

Y-a-t-il une actualité de la goutte ?

La goutte continue, elle persiste, son visage a changé. Bon nombre de goutteux sont diagnostiqués au stade très précoce par les médecins généralistes. La prévalence de la goutte semble être de 1 % en Europe.

L'accès inflammatoire goutteux est en partie régulé par l'activation de l'interleukine-1Beta.

Les nouveautés diagnostiques sont obtenues grâce à l'imagerie comme l'échographie, avec la mise en évidence d'un double contour à la surface du cartilage et surtout de tophus infra-clinique dans 50 % des gouttes récentes.

Le scanner double énergie est un outil de recherche intéressant pour le futur, en 2 ou en 3D.

L'idéal est la mise en évidence des cristaux d'urate dans les liquides articulaires, même à distance de la crise ou dans un tophus parfois par ponction échoguidée.

Des recommandations américaines sur la goutte viennent prendre en compte les nouveautés épidémiologiques et thérapeutiques : la colchicine devrait être mieux utilisée mais avec des doses plus faibles ; dose maximale 3 mg réduite à 2 mg chez le sujet âgé ou en insuffisance rénale chronique.

Les anti-inflammatoires non stéroïdiens sont contre-indiqués quand la filtration glomérulaire est inférieure à 60 ml/minutes.

Parmi les anti-inflammatoires, le Naproxène et l'ibuprofène, semblent avoir un moindre risque cardiovasculaire.

L'ACTH a fait son retour thérapeutique.

Les inhibiteurs de l'interleukine 1 s'annoncent comme les biothérapies de la goutte. L'Anakinra (antagoniste du récepteur à l'IL1) en sous-cutané, à demi-vie courte, peut contrôler des crises difficiles mais ce n'est pas un traitement de fond.

Le Canakinumab est un anticorps monoclonal anti-interleukine 1- β , il vient d'avoir l'AMM européenne, sa demi-vie est longue, 2 mois.

Il est toujours possible d'utiliser l'Allopurinol mais les échecs thérapeutiques peuvent conduire à préférer le Febuxostat surtout s'il y a une insuffisance rénale chronique comprise entre 30 et 60 ml/minutes.

Il reste encore une place pour le futur aux inhibiteurs de la Xanthine Oxydase et aux uricases.

On ne dira jamais qu'arrêter de boire de la bière, des sodas sucrés, des alcools forts ou suivre des régimes pauvres en purine, peut faire réduire d'environ 10 à 15 % le taux d'acide urique dans le sang.



Quelles nouveautés thérapeutiques pour le lupus systémique ?

On peut rester classique en utilisant en première intention les antipaludéens de synthèse, c'est-à-dire l'hydroxychloroquine, pour toutes les formes de maladie lupique y compris les atteintes rénales et durant la grossesse.

Les anti-inflammatoires et les corticoïdes, même à faible dose, peuvent être un appoint utile.

En cas de cortico-résistance, on est en droit d'utiliser le Methotrexate voire l'azathioprine ou le mycophénolate mofétil.

En cas d'atteinte rénale grave, d'atteinte neurologique centrale sévère, en cas de cytopénie auto-immune associée, il importe de respecter des protocoles utilisant des bolus de corticoïde seuls puis associés à la Cyclophosphamide IV. Néanmoins, les biothérapies ont acquis un droit de cité.

Le Rituximab n'a pas finalement obtenu l'autorisation mais reste utilisé dans les formes réfractaires. En revanche, le Belimumab a une AMM dans le lupus modéré à sévère actif, sans atteinte rénale ou neurologique.

D'autres essais thérapeutiques sont en cours comme les anti-BAFF, anti-APRIL et anti-Interféron.

Le lupus systématique reste une maladie rare, on compte moins de 50 000 lupiques en France.