Antonio Bonfiglio

Je suis ankylosé, j'ai mal et je peux à peine bouger

Rapport de l'atelier consacré à ce sujet lors de la SwissFamilyDocs Conference 2011 à Bâle

Cet atelier a permis aux médecins de famille de parcourir les aspects particuliers du rhumatisme inflammatoire et de les comparer avec ceux des maladies rhumatismales dégénératives.

La polymyalgia rheumatica et l'arthrite rhumatoïde sont les deux maladies rhumatismales inflammatoires les plus fréquentes. Nous voyons régulièrement et fréquemment des patients qui en sont atteints dans nos cabinets médicaux. Le patient ressent-il davantage les douleurs le matin ou le soir? Les douleurs vont-elles jusqu'à interrompre son sommeil? La sensation de raideur est-elle prononcée? Les articulations sont-elles tuméfiées, en particulier au niveau des doigts? La maladie s'accompagne-t-elle d'une perte de force importante ou d'une péjoration de l'état général?

Comment procéder? – la discussion en bref

En général, les patients atteints de polymyalgia rheumatica ont plus de 60 ans alors que ceux atteints d'arthrite rhumatoïde sont nettement plus jeunes. Les analyses de laboratoire aident à la différentiation. La vitesse de sédimentation est un paramètre important, car elle est fréquemment élevée dans les cas de polymyalgia rheumatica. La biopsie de l'artère temporale n'est pas indiquée si le patient n'évoque pas de céphalées. La cortisone exerce un effet miraculeux sur ce tableau clinique, et elle représente encore le standard de traitement. Mais comme d'autres tableaux cliniques répondent aussi positivement à la cortisone, il faudrait commencer la thérapie avec une dose maximale de 20 mg de prednisone. Un malignome est également susceptible de provoquer une péjoration de l'état général accompagnée de douleurs: on risque alors de le confondre avec une polymyalgia rheumatica. Si le dosage initial de prednisone est plus élevé, on risque de provoquer une amélioration de l'état en cas de malignome et de masquer ce diagnostic, ou du moins de le rendre moins facilement décelable. Pour exclure d'autres causes, il faut au moins procéder à une imagerie thoracique et à une échographie abdominale.

Quels sont les cas où je dois faire appel à un rhumatologue?

La polymyalgia rheumatica demeure toutefois un diagnostic d'exclusion, un diagnostic clinique caractérisé par une réponse excellente et durable à la prednisone – même après réduction du dosage. Il s'agit donc d'une maladie facile à gérer par le médecin de famille, et qui ne nécessite pas de recours à de fastidieuses investigations techniques. Tous les médecins de famille présents à l'atelier, ainsi que le rhumatologue, étaient d'accord sur ce point. La prévention de l'ostéoporose est nécessaire en cas de traitement à long terme par stéroïdes. Il vaudrait mieux ne pas attendre que les résultats du test de densité osseuse DEXA aient chuté à des niveaux d'ostéoporose. Il arrive hélas que des problèmes surgissent avec les payeurs.

Pour l'arthrite rhumatoïde, il existe un paramètre de laboratoire spécifique, l'anti-CCP. Ce test facilite le diagnostic, mais il le rend d'autant plus difficile s'il est négatif. Dans ces cas, l'expérience clinique s'impose et le médecin de famille aura avantage à recourir au conseil du rhumatologue.

Les anciens facteurs rhumatismaux conservent certes une valeur pronostique, mais ils ne sont pas assez spécifiques pour établir un diagnostic. Comme l'arthrite rhumatoïde peut entraîner des destructions articulaires, il faut immédiatement commencer le traitement. Le méthotrexate s'est imposé comme agent de base, et il est considéré comme un traitement de première intention. On ne devrait pas passer aux médicaments biologiques – qui sont par ailleurs très coûteux et font courir un risque au patient – avant d'avoir atteint le dosage maximal du méthotrexate. La plupart des patients effectuent eux-mêmes leur injection sous-cutanée de méthotrexate. La forme galénique proposée à cet effet dans le commerce coûte très chère. Notre expert recommande les ampoules de méthotrexate de 25 mg de Wyeth, bien plus économiques. Le patient qui n'a besoin que de 10 mg peut reprendre une seconde dose dans l'ampoule entamée une semaine plus tôt. Le traitement par méthotrexate, ainsi que tous les autres traitements de base, en particulier les traitements biologiques, doivent faire l'objet d'une surveillance clinique et de contrôles de laboratoire réguliers.

L'atelier: une approche interactive de la formation continue

Un atelier qui favorise l'échange avec les collègues professionnels sur un tableau clinique que nous ne rencontrons pas quotidiennement mais de temps à autres dans nos pratiques, est d'un grand enrichissement. L'expert, dans notre cas un rhumatologue, est là en tant que soutien auquel on peut faire appel à tout moment. C'est d'ailleurs ainsi que nous agissons dans la routine et au sein de nos cercles de qualité. La discussion ne tarde pas à s'engager, et chacun peut y apporter son expérience. Très rapidement, nous nous focalisons sur les aspects qui sont importants dans la pratique quotidienne. Cette approche interactive de la formation continue est proposée depuis fort longtemps par la Ligue contre les rhumatismes (voir www.rheuma-schweiz.ch), entrée de menu «partenaires», cliquer sur «Rheuma 200X». Avec un peu de chance, vous y trouverez une manifestation de ce type organisée dans votre région.

Des questions sur la médication?

Sous www.rheuma-suisse.ch, entrée de menu «Praxiswerkzeuge», vous trouverez pour chaque médicament un schéma de surveillance correspondant (en allemand).

Correspondance:
Dr Antonio Bonfiglio
Heuackerstrasse 3
8035 Langnau am Albis
Switzerland
Bonfiglio[at]bluewin.ch