

# PATHOLOGIES RHUMATOLOGIQUES CAUSANT DES DOULEURS ARTICULAIRES, MUSCULAIRES ET/OU OSSEUSES

FORMATION: PROGRAMME DE FELLOWSHIP EN MÉDECINE DE LA DOULEUR  
COURS: LES GRANDS SYNDROMES DOULOUREUX ET LES POPULATIONS PARTICULIÈRES

**MMD 8801**

**DÉPARTEMENT DE MÉDECINE**

Sandra Chartrand MD FRCPC

Rhumatologue

Professeure assistante de clinique

Hôpital Maisonneuve-Rosemont

Affiliée à l'Université de Montréal

Montréal, Québec, Canada

**HMR** Hôpital Maisonneuve-Rosemont  
Centre affilié à l'Université de Montréal

AFFILIÉ À  
Université  
de Montréal



# CONFLITS D'INTÉRÊTS

Présentations subventionnées, ad-boards pour les pharmaceutiques:

- Abbvie
- Amgen
- AstraZeneca
- Bristol-Myers-Squibb
- Boeringer-Ingelheim
- Lilly
- Novartis
- Pfizer



# NE SERONT PAS COUVERTS:

- Atteintes axiales dégénératives (spondylose, arthrose facettaire, radiculopathies, sténose spinale...)
- Syndrome myofasciaux
- Syndrome douloureux régional complexe
- Ostéoporose et autres maladies osseuses métaboliques
- Tendinose/tendinite/tendinopathie, bursite, entorse périphérique
- Neuropathies périphériques
- Tumeurs osseuses



# PLAN

## Première partie

- Rhumatologie
- Approche des polyarthrites
- Polyarthrites
  - PAR
  - Polyarthrites séronégatives
  - Polymyalgia rheumatica et artérite à cellules géantes

## Deuxième partie

- Polyarthrites
  - Spondyloarthropathies
  - Arthrite psoriasique
- Monoarthrites
  - Infectieuses
  - Micro-cristallines

## Troisième partie

- Connectivites
- Vasculites
- Fibromyalgie



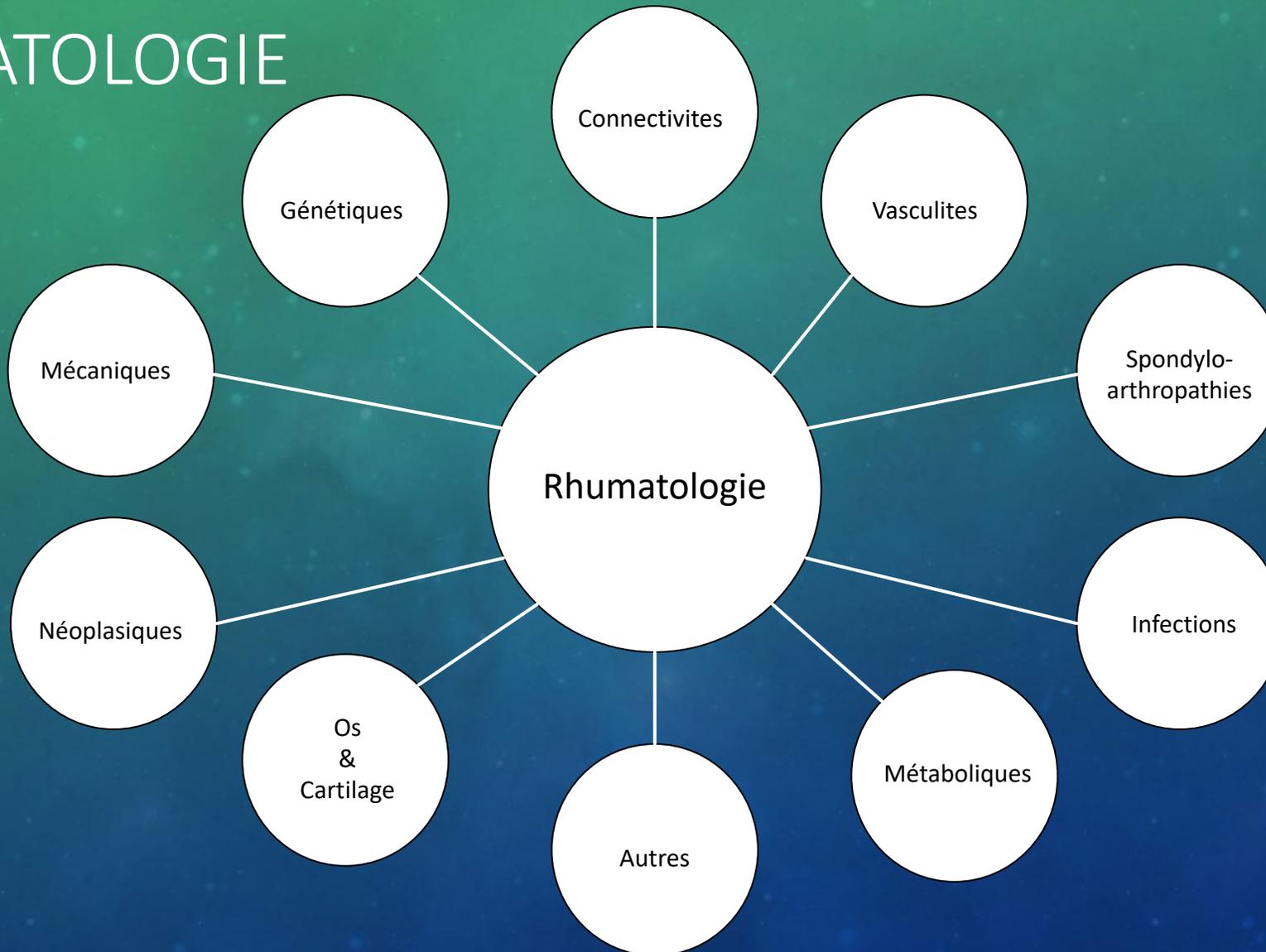
# PREMIÈRE PARTIE



# COMPRENDRE LA RHUMATOLOGIE



# RHUMATOLOGIE



# DIAGNOSTIC

- Pour la plupart des conditions rhumatologiques, il n'y a aucun test diagnostique
  - Arthrose à l'IRM
  - Polyarthrite rhumatoïde séronégative
- Plusieurs entités distinctes basées sur des ensembles de manifestations (cliniques et paracliniques)



# EXEMPLE DE LA POLYARTHRITE RHUMATOÏDE (PAR)

Criterion	Definition
A patient is classified as RA if 4/7 criteria are satisfied. Criteria 1-4 must have been present for ≥6 weeks	
<b>1. Morning stiffness</b>	Morning stiffness in and around the joints, lasting at least an hour before maximal improvement
<b>2. Arthritis of ≥3 joints areas</b>	≥3 joints areas simultaneously have had synovitis observed by a physician
<b>3. Arthritis of hand joints</b>	At least 1 area swollen in a wrist, MCP or PIP joint
<b>4. Symmetric arthritis</b>	Simultaneous involvement of the same joint areas on both sides of the body
<b>5. Rheumatoid nodules</b>	Subcutaneous nodules, over bony prominences, extensor surfaces or juxta-articular regions
<b>6. Serum rheumatoid factor (RF)</b>	Positive RF
<b>7. Radiographic changes</b>	Radiographic changes typical of RA in posteroanterior hand and wrist radiographs

1987 ACR Classification criteria for RA[3]

Target population: Patients who (i) have at least one joint with clinical synovitis, and (ii) the synovitis not better explained by another disease	Score
Add score of categories A-D, score of ≥6/10 needed to classify patient as having definite RA	
<b>A. Joint involvement (tender/swollen)</b>	
1 large joint	0
2-10 large joints	1
1-3 small joints (with or without involvement of large joints)	2
4-10 small joints (with or without involvement of large joints)	3
>10 joints (at least 1 small joint)	5
<b>B. Serology</b>	
Negative RF /ACPA	0
Low-positive RF/low positive ACPA	2
High positive RF/high-positive ACPA	3
<b>C. Acute phase reactants</b>	
Normal CRP&ESR	0
Abnormal CRP/ESR	1
<b>D. Duration of symptoms</b>	
<6 weeks	0
≥6 weeks	1

2010 ACR/EULAR Classification criteria for RA[5]



# DILEMMES DIAGNOSTIQUES

- Ensembles critériés
  - Développés à des fins de recherche (pour aider à la classification des patients)
  - Pas pour le diagnostic
- Critères qui changent à travers le temps
- Manifestations rhumatologiques d'une maladie peuvent se développer au cours du temps
- Manifestation rhumatologiques d'une maladie peuvent être non-spécifiques
- La présence d'anticorps ne pèse pas plus lourd pour établir le diagnostic

→ Le diagnostic doit être basé sur une évaluation clinique pour un expert en rhumatologie.

→ Le diagnostic peut être différent entre rhumatologues ou au cours du temps.





# APPROCHE DES POLYARTHRIRES



# POLYARTHRITE: PRINCIPES DE BASE

- Toutes les douleurs poly-articulaires ne sont pas nécessairement des polyarthrites.
- Toutes les polyarthrites ne sont pas nécessairement rhumatoïdes.
- Pour arriver au bon diagnostic, il faut regarder plus que les articulations, les RX et les prises de sang.
- Le traitement des différentes polyarthrites peut parfois être le même.



# POLYARTHRITE: CAUSES

## Inflammatoires:

- Infectieuses
- Post-infectieuse (réactive): rhumatisme articulaire aigu, arthrite réactive, arthrite post-streptococcique
- Polyarthrite rhumatoïde/séronégative
- Spondyloarthropathies: spondylite ankylosante, arthrite psoriasique, arthrite associée aux maladies inflammatoires de l'intestin
- Ostéo-arthrite (arthrose/ostéo-arthrose) érosive inflammatoire
- Micro-cristallines: goutte, pseudo-goutte
- Rhumatologiques systémiques: connectivites, vasculites
- Autres maladies systémiques: sarcoïdose, cancer, endocardite sub-aiguë, etc.

## Non-inflammatoires:

- Dégénérative: ostéo-arthrite (arthrose/ostéo-arthrose), DISH
- Métaboliques héréditaires: hémochromatose, maladie de Wilson, maladie de Gaucher
- Métaboliques non héréditaires: arthropathie amyloïdienne associée à l'insuffisance rénale
- Endocriniennes: arthropathie myxoédémateuse
- Hématologiques: arthropathies amyloïdiennes, hémoglobinopathies, hémophilies



# POLYARTHRITE: DOULEUR ARTICULAIRE OU NON-ARTICULAIRE?

## Articulaire

- Douleur profonde, diffuse, aggravée par le mouvement
- Diminution de l'amplitude de mouvement (ROM) en actif et en passif
- Enflure (épaississement synovial, épanchement, prolifération osseuse)
- ATTN: plus difficile à évaluer avec l'épaule, la hanche et la sacro-iliaque

## Non-articulaire

- Douleur focale à la palpation souvent à distance de l'interligne articulaire, en mouvement actif plus que passif
- Amplitude de mouvement (ROM) préservée
- Pas de synovite



# POLYARTHRITE: DOULEUR INFLAMMATOIRE OU NON-INFLAMMATOIRE?

Caractéristiques	Inflammatoire	Non-inflammatoire
Raideur matinale	> 1 heure	< 1 heure
Enflure	Oui	Infréquente
Éveils nocturnes	Oui	Moins fréquente
Pire moment de la journée	Matin	Soir
Avec l'activité	S'améliore	Se détériore
Avec le repos	Se détériore	S'améliore
Fatigue et symptômes constitutionnels	Fréquents et sévères	Rares et légers



# POLYARTHRITE: AUTRES CARACTÉRISTIQUES

- Nombre d'articulations atteintes?
  - 1: mono-articulaire
  - 2-4: oligo-articulaire
  - $\geq 5$ : poly-articulaire
- Durée?
  - Aiguë (<6 semaines)
  - Chronique (>6 semaines)
- Distribution?
  - Symétrique vs asymétrique
  - Périphérique, avec/sans atteinte axiale
  - Grosses/moyennes articulations, petites articulations
- Patron?
  - Migratoire
  - Additive
  - Récurrente



# POLYARTHRITE: MANIFESTATIONS EXTRA-ARTICULAIRES

- Épisode d'IVRS: céphalée, rhinorrhée, fièvre, mal de gorge, myalgie
- Éruption cutanée/morsure de tique/activités ou zones à risque
- Sicca, photosensibilité, faiblesse musculaire, alopécie, Raynaud, ulcères nasaux/buccaux, sérosites
- Conjonctivite, décharge urétrale, balanite, relations sexuelles à risques, gastro-entérite récente, kératodermie
- Inflammation oculaire (uvéite), psoriasis, dactylite, atteinte achilléenne/fasciite plantaire, crampes abdominales avec diarrhée sanglante, lombalgie à caractère inflammatoire
- Céphalée, trouble de la vision (amaurose fugace, diplopie, etc.), sensibilité temporale/cuir chevelu, claudication de la mâchoire
- Fatigue extrême, perte de poids/fièvre/sueurs profuses inexplicables



# POLYARTHRITE: RÔLE DES TESTS SANGUINS/IMAGERIES DANS LE DIAGNOSTIC

- Confirmation de l'impression clinique
- Recherche d'atteintes associées
- Aide au pronostic
- Pour l'initiation de DMARDs
- ATTN: plusieurs formes de polyarthrites n'ont aucun paramètre inflammatoire augmenté (même la PAR)
- ATTN: les anticorps peuvent être positifs dans une population normale sans maladie



# POLYARTHRITE: PRONOSTIC

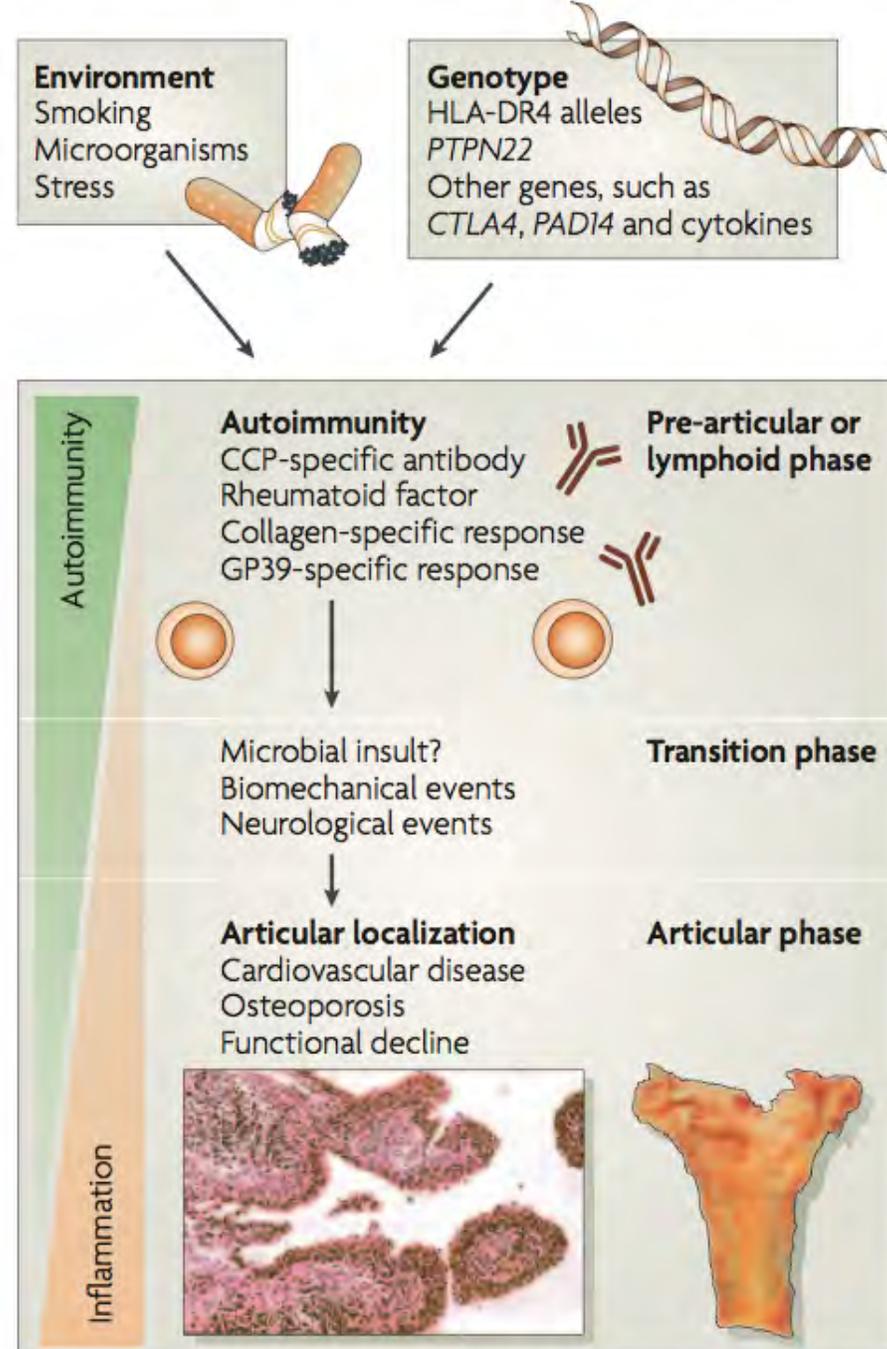
- 30-40% des patients se présentant avec une polyarthrite précoce reste avec un diagnostic de polyarthrite indifférenciée.
- 40% des patients avec une polyarthrite indifférenciée sont en rémission sans traitement après un an de suivi.
- 13-45% des patients avec une polyarthrite indifférenciée développent une PAR.



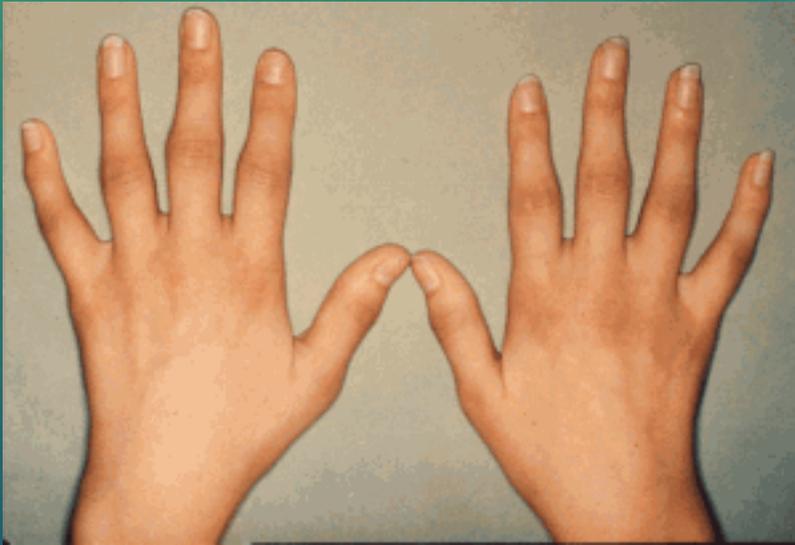
# POLYARTHRITE RHUMATOİDE (PAR)



# PAR: PATHOGENÈSE



# PAR: MANIFESTATIONS CLINIQUES





Criteria	1987 Criteria <sup>7</sup>		2010 Criteria <sup>8</sup>	
	Description	Score	Description	Score
Morning stiffness	In and around joints, for at least 1 hour	1	Clinical synovitis/swelling in at least 1 joint not explained by another disease	NA
Joint involvement	Physician observed soft tissue swelling or fluid in 3 of 14 possible joints	1	1 large joint 2-10 large joints 1-3 small joints (with or without large joint) 4-10 small joints (with or without large joint) >10 joints (at least 1 small)	0 1 2 3 5
Arthritis of hand joints	At least 1 swollen hand or wrist area	1	NA	NA
Symmetric arthritis	Simultaneous bilateral involvement	1	NA	NA
Rheumatoid nodules	Subcutaneous nodules over bony prominences, extensor surfaces, or in juxtaarticular regions observed by physician	1	NA	NA
Serology	Positive RF serum test	1	Negative RF and negative ACPA Low-positive RF or ACPA High-positive RF or ACPA	0 2 3
Radiographic changes	Erosions or unequivocal bony decalcification in or adjacent to the involved joints, but not consistent with osteoarthritis	1	NA	NA
Acute phase reactants	CRP and ESR	NA	Normal CRP and ESR Abnormal CRP or ESR	0 1
Duration of symptoms	First 4 criteria must be present for at least 6 weeks	NA	<6 weeks ≥6 weeks	0 1
Criteria score required		≥4/7		≥6/10

ACPA indicates anti-citrullinated protein antibody; CRP, C-reactive protein; ESR, erythrocyte sedimentation rate; NA, not applicable; RF, rheumatoid factor.



# PAR: COMORBIDITÉS

- Maladie cardio-vasculaire
  - Ajusté pour l'âge et le sexe: 3.96 par rapport aux contrôles
  - Ajusté pour les facteurs de risque CV: 3.10 par rapport aux contrôles
- Maladie pulmonaire interstitielle
- Syndrome métabolique, obésité
- Risque infectieux: secondaire à la maladie, l'activité de la maladie et/ou au traitement
- Ostéoporose: secondaire à l'inflammation et/ou au traitement
- Atteinte psychologique
- Risque néoplasique: secondaire à l'activité de la maladie et/ou au traitement
- Atteinte du statut socio-économique, de la fonctionnalité et de la capacité d'emploi



# PAR: PRÉDICTEURS MAUVAIS PRONOSTIC

- Présence du FR et/ou de l'anti-CCP
- Augmentation des paramètres inflammatoires (VS et/ou CRP)
- Autres:
  - Décompte des articulations enflées
  - VAS du patient
  - Érosions articulaires au diagnostic
  - Score DAS au diagnostic
  - Atteinte fonctionnelle sévère au diagnostic (HAQ)



# PAR: TRAITEMENT

## Buts:

- Rémission et, lorsqu'impossible, activité minimale de la maladie
- Contrôle des symptômes
- Halte des dommages articulaires
- Prévention de la perte de fonctionnalité
- Amélioration de la qualité de vie



# PAR: TRAITEMENT PAR CORTICOSTÉROÏDES

- En addition aux DMARDs lors de la prise en charge initiale.
- Option pour le traitement des poussées, pour faire le pont avant la prise d'effet des DMARDs ou durant un changement de DMARD.
- Pour le contrôle des symptômes lorsqu'AUCUNE AUTRE OPTION N'EST DISPONIBLE.
- Plus petite dose possible, sevrage le plus rapidement possible.



# PAR: TRAITEMENT PAR DMARDS SYNTHÉTIQUES

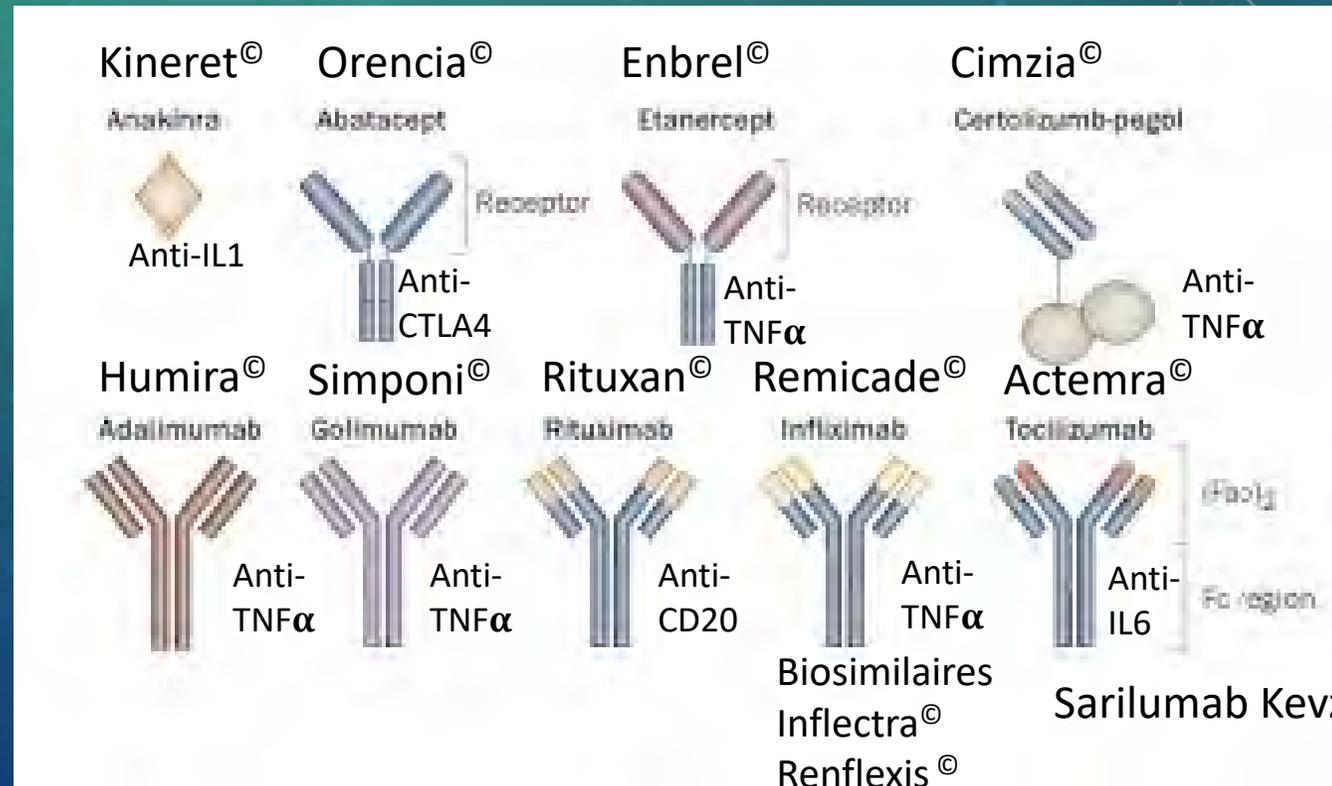
- DMARD: Disease-Modifying-Anti-Rheumatic Drug; anti-rhumatismaux modificateurs de la maladie (ARMM)
- À débiter le plus tôt possible
- Méthotrexate = agent de choix à moins de contre-indication évidente
- Combinaison de DMARDs à considérer dès le début dans les cas avec facteurs de mauvais pronostic et/ou activité modérée-sévère de la maladie, et chez ceux avec un mauvais contrôle malgré une monothérapie
- Autres agents: hydroxychloroquine (Plaquenil), sulfazalazine, leflunomide (Arava)



# PAR: TRAITEMENT PAR DMARDS BIOLOGIQUES

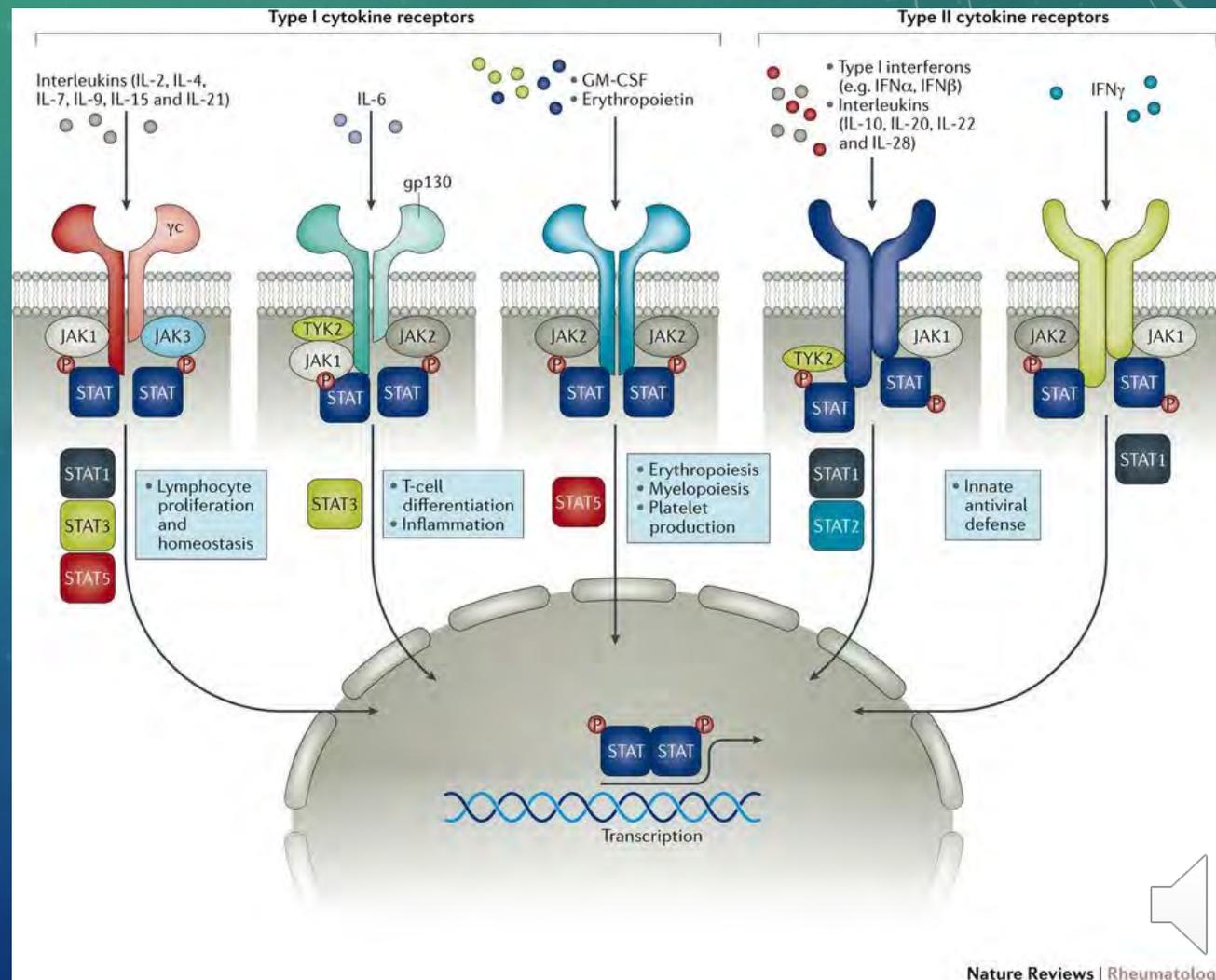
- Molécules complexes (protéines)
- Produites dans des cellules
- Immunogènes
- Voie parentérale
- \$\$\$
- Risque principal: risque infectieux
- Risque néoplasique?

Biosimilaire  
Erelzi<sup>®</sup>



# PAR: TRAITEMENT PAR DMARDS SYNTHÉTIQUES CIBLÉS

- Tofacitinib (Xeljanz<sup>®</sup>)
- Baricitinib (Olumiant<sup>®</sup>)
- Upadacitinib (Rinvoq<sup>®</sup>, ABT-494)



# ARTHRITE (S) SÉRONÉGATIVE (S)



# ARTHRITE SÉRONÉGATIVE: QU'EST-CE QUE C'EST?

- Patients chez qui l'on croit faire face à une PAR mais qui sont FR-négatifs et anti-CCP-négatifs
- En général:
  - Moins sévère
  - Moins érosive
  - Moins de manifestations extra-articulaires
  - Plus facile à traiter
  - Plus de guérison
  - Meilleur pronostic
  - Meilleure survie



# ARTHRITE SÉRONÉGATIVE: MAIS...

- « Arthrite dans le spectre des spondyloarthropathies »:
  - Arthrite dans le cadre d'une spondylite ankylosante
  - Arthrite réactive (de Reiter)
  - Arthrite associée à une maladie inflammatoire de l'intestin
  - Arthrite psoriasique
- Arthrite indifférenciée qui peut devenir une arthrite « nommée » au cours du suivi (ATTN: cancer...)



# ARTHRITE SÉRONÉGATIVE: CARACTÉRISTIQUES

- 10-50% des PAR sont « séronégatives »
- Plus chez les patients âgés
- Syndromes potentiellement classables:
  - Arthrite palindromique
  - Arthrite de la personne âgée (Late-Onset Rheumatoid Arthritis)
  - Remitting Symmetrical Seronegative Synovitis with Pitting Edema (RS3PE)
  - Polymyalgia Rheumatica (PMR)



# ARTHRITE SÉRONÉGATIVE: ARTHRITE PALINDROMIQUE

- Polyarthrite intermittente affectant une ou quelques articulations pour quelques heures ou jours
- Enflure, chaleur, rougeur, douleur, atteinte de la mobilité, liquide synovial inflammatoire à la ponction, VS/CRP élevés
- Peut affecter la même articulation ou différentes articulations d'une attaque à l'autre
- Entre les attaques: articulations normales, VS/CRP normales
- Avec le temps, les attaques peuvent devenir de plus en plus fréquentes et même persistentes
- 1/3 des patients (surtout ceux avec FR et/ou anti-CCP positifs) développent une PAR
- AINS et/ou corticostéroïdes PO/IM/IA pendant les attaques
- Considérer l'usage de DMARDs comme l'hydroxychloroquine si les crises sont fréquentes, de plus en plus longues, très douloureuses ou difficiles à traiter



# ARTHRITE SÉRONÉGATIVE: ARTHRITE DE LA PERSONNE ÂGÉE (LATE-ONSET RHEUMATOID ARTHRITIS)

- Femmes (1,6:1), >60-65 ans
- Début subit (1/3) avec symptômes et signes constitutionnels: malaise, fatigue, fièvre et perte de poids, plus d'atteinte des grosses articulations et des ceintures (polymyalgia rheumatica-like form)
- Moins d'articulations atteintes, de FR, d'anti-CCP, de nodules rhumatoïdes, d'érosions
- ATTN: arthrite psoriasique poly-articulaire symétrique sans psoriasis ou avec psoriasis d'apparition tardive ou dissociée



# ARTHRITE SÉRONÉGATIVE: REMITTING SYMMETRICAL SERONEGATIVE SYNOVITIS WITH PITTING EDEMA (RS3PE)

- Début subit d'une polyarthrite symétrique sévère des petites articulations des mains et des poignets
- Aussi une atteinte inflammatoire des gaines tendineuses des fléchisseurs (vs extenseurs???) de la main → œdème du dos de la main (gants de boxe)
- Personnes âgées (moyenne de 70 ans), Caucasiens, hommes (4:1), FR et anti-CCP négatifs
- Peu de réponse aux AINS, bonne réponse à une petite dose dose de prednisone (10 mg et moins)
- Absence d'érosions
- Rémission en <36 mois
- ATTN: jusqu'à 50% pourraient être associés à une néoplasie



# ARTHRITE SÉRONÉGATIVE: POLYMYALGIA RHUMATICA

## ÉPIDÉMIOLOGIE

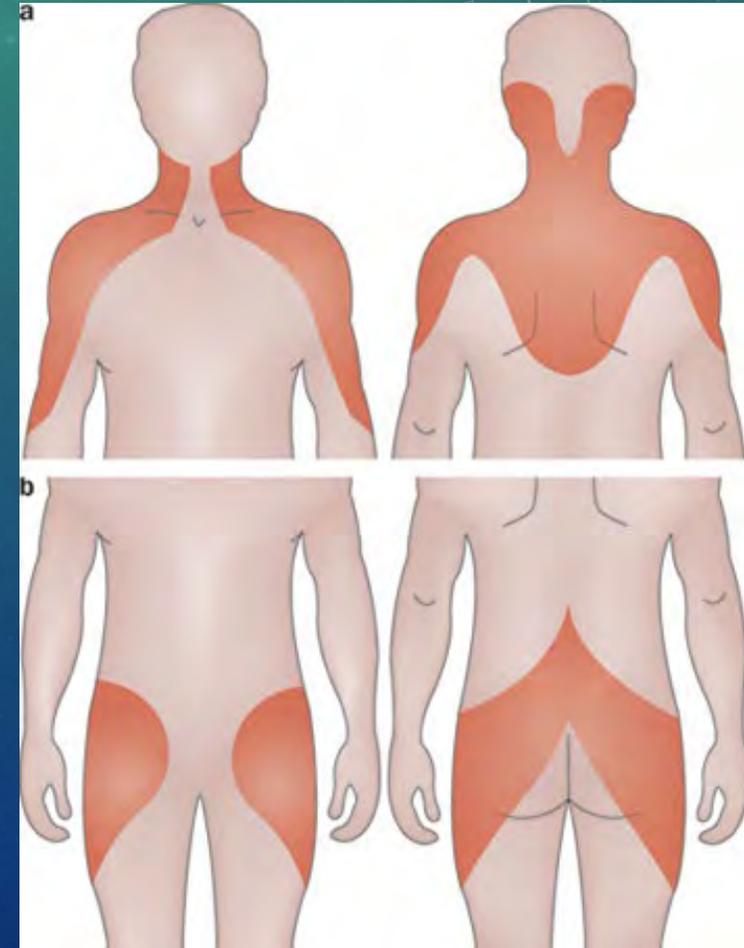
- 3 femmes: 2 hommes
- 2,4% des femmes à vie, 1,7% des hommes à vie
- Surtout les Caucasiens des pays nordiques et d'Amérique du Nord
- Multi-génique
- Tissu (s) atteint (s) inconnu (s)



# ARTHRITE SÉRONÉGATIVE: POLYMYALGIA RHUMATICA

## TABLEAU CLINIQUE

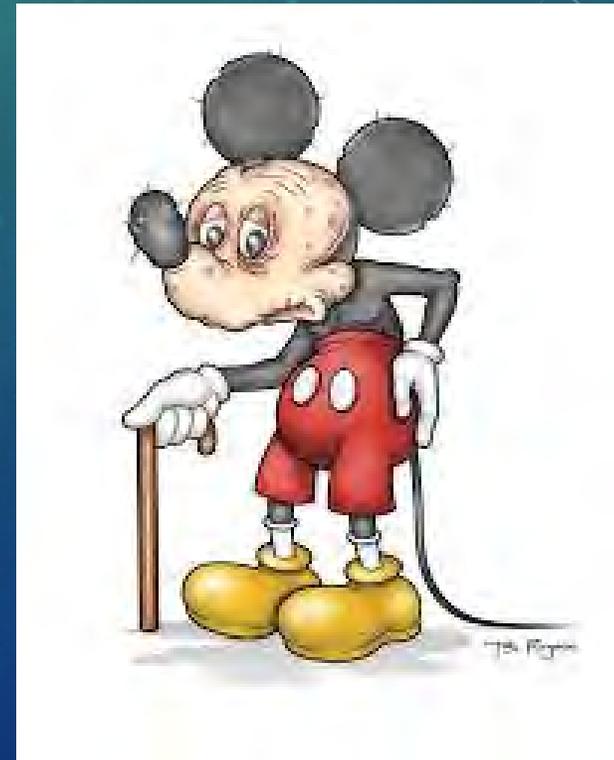
- Début soudain chez 90%
- Personne âgée >50 ans (moyenne: 70 ans)
- Début aigu/subaigu de douleur et de raideur sévères des ceintures
  - Cervicale
  - Scapulaire
  - Pelvienne
- Avec des symptômes et signes constitutionnels
  - Malaise
  - Fatigue
  - Fièvre
  - Perte de poids
- Avec paramètres inflammatoires élevés
- Réponse rapide et « miraculeuse » à la prednisone (10-20 mg die)



# ARTHRITE SÉRONÉGATIVE: POLYMYALGIA RHUMATICA

## EXAMEN PHYSIQUE

- Amplitude de mouvement en actif limitée par la douleur et la raideur
- Amplitude de mouvement au repos maintenue (mais peut être douleur)
- Force musculaire NORMALES mais limitées par la douleur



# ARTHRITE SÉRONÉGATIVE: POLYMYALGIA RHUMATICA SPÉCIFICATIONS

- Atteinte isolée de la ceinture pelvienne rare
- Douleur et raideur à caractère inflammatoire (pire le matin)
- Présentes au repos et pires au mouvement
- Absence d'enflure articulaire (de toute façon atteinte proximale)
- Atteinte constitutionnelle chez >50%
- Association à l'artérite à cellules géantes (ACG):
  - PMR présente chez 40-60% des patients avec ACG
  - ACG présente chez 30% des patients avec PMR



# ARTHRITE SÉRONÉGATIVE: POLYMYALGIA RHUMATICA

## CRITÈRES DIAGNOSTIQUES PRÉLIMINAIRES

- **Requis:**
  - Âge  $\geq 50$  ans
  - Douleur bilatérale des épaules (atteinte de la ceinture scapulaire)
  - VS et/ou CRP élevés
- **Majeur (2 points):**
  - Raideur matinale  $>45$  minutes
  - Absence du FR ou de l'anti-CCP
- **Mineur (1 point):**
  - Douleur ou limitation de l'amplitude des hanches (atteinte de la ceinture pelvienne)
  - Absence d'atteinte d'autres articulations
  - Trouvailles échographiques montrant: bursite sus-deltoïdienne, tendinite bicipitale, synovite gléno-humérale, bursite trochantérienne, ou synovite coxo-fémorale
  - Trouvailles échographiques des 2 épaules

Un score de 4 (ou 5 si l'échographie est incluse) est suggestive de PMR.



# ARTHRITE SÉRONÉGATIVE: POLYMYALGIA RHUMATICA

## LABORATOIRES

- Élévation de la VS (>50 mm/H?) et/ou de la CRP
- ATTN: 10% des patients ont des paramètres normaux
- Anémie N N
- Thrombocytose
- FR négatif
- Anti-CCP négatif
- Élévation des enzymes hépatiques (ad 1/3)
- Hypergammaglobulinémie



# ARTHRITE SÉRONÉGATIVE: POLYMYALGIA RHUMATICA

## IMAGERIE

- Radiographie: normal
- Échographie:
  - Bursite sus-deltaïdienne, Synovite gléno-humérale
  - Tendinite bicipitale
  - Bursite trochantérienne, Synovite coxo-fémorale
- Scan et/ou IRM: rarement faites
- Angiographie/angioscan/angio-IRM: pour diagnostic de l'atteinte des gros vaisseaux quand associée à l'ACG
- PET-scan et scintigraphie: rehaussement des régions péri-articulaires/articulaires des ceintures



# ARTHRITE SÉRONÉGATIVE: POLYMYALGIA RHUMATICA

## MANIFESTATIONS ATYPIQUES

- <50-60 ans
- >2 mois d'évolution
- Atteinte de la ceinture pelvienne isolée
- Absence de raideur
- Proéminence de manifestations systémiques
- Symptômes/signes neurologiques
- Manifestations d'autres maladies rhumatologiques (arthrite, artérite temporale)
- Paramètres inflammatoires normaux ou très élevés



# ARTHRITE SÉRONÉGATIVE: POLYMYALGIA RHUMATICA PRÉSENCE D'ARTHRITE

- Controversé...
- Ad 50% des patients selon les études
- Arthrite asymétrique non-érosive
- Genou, poignet, sterno-claviculaire
- Au diagnostic ou plus tard dans l'évolution de la maladie



# ARTHRITE SÉRONÉGATIVE: POLYMYALGIA RHUMATICA TRAITEMENT

## B Polymyalgia Rheumatica

### Induction Therapy

Prednisone, 15–20 mg/day  
Goal: remission of myalgias, stiffness, constitutional symptoms  
Course: generally 1–2 mo  
Consider bone-protective therapy

### Maintenance Therapy

Taper prednisone by 20%/mo  
Monitor clinically  
Monitor acute-phase reactants (ESR and CRP)  
When dose reaches 10 mg/day, taper slowly

### Management of Flares

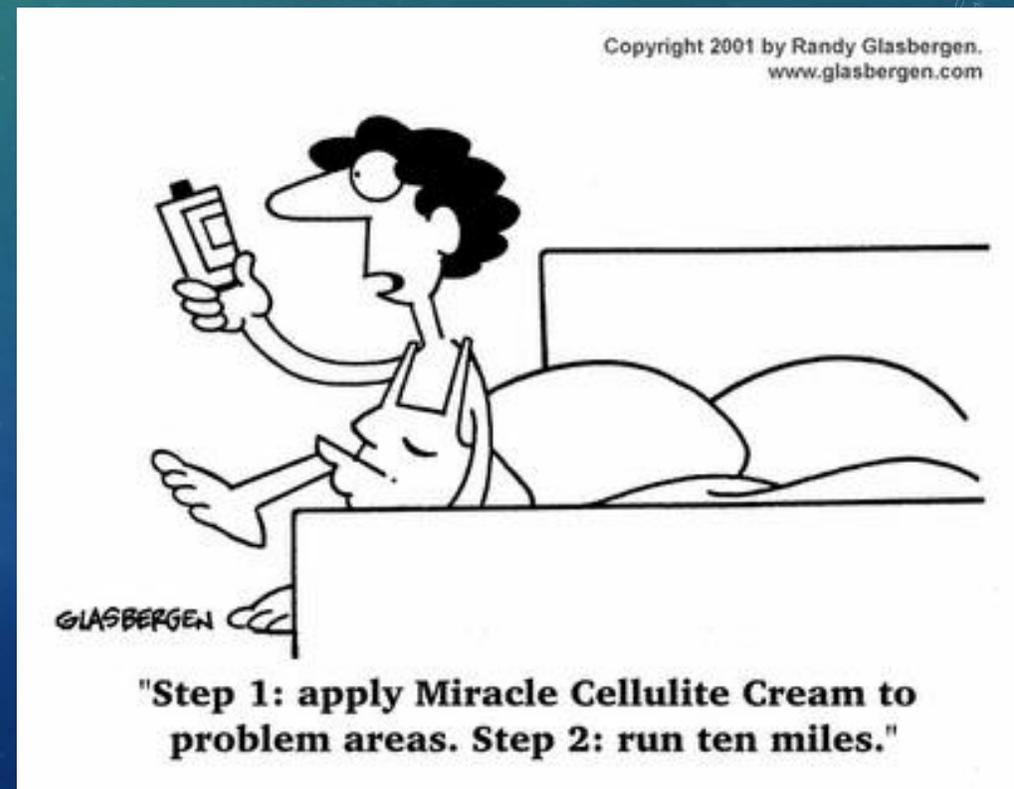
Reassess diagnosis, rule out vasculitis, consider temporal-artery biopsy, and consider large-vessel imaging  
Increase prednisone by 10–20%  
Reattempt taper  
Glucocorticoid-sparing agents: methotrexate marginally effective



# ARTHRITE SÉRONÉGATIVE: POLYMYALGIA RHUMATICA

## TRAITEMENT PAR PREDNISONNE

- Prednisonne = base du traitement
- Réponse satisfaisante: amélioration globale de >70% en moins d'une semaine, avec normalisation des paramètres inflammatoires en 4 semaines
- Prednisonne
  - 15 mg de X 3 semaines
  - 12.5 mg die X 3 semaines
  - 10 mg die pour 4–6 semaines
  - Réduction de 1 mg die q4–8 semaines
- Méthylprednisolone (Dépomédrol) IM
  - 120 mg IM q3–4 semaines
  - Réduction de 20 mg q2–3 mois
- Durée: 1 à 2 ans en général, long terme possible



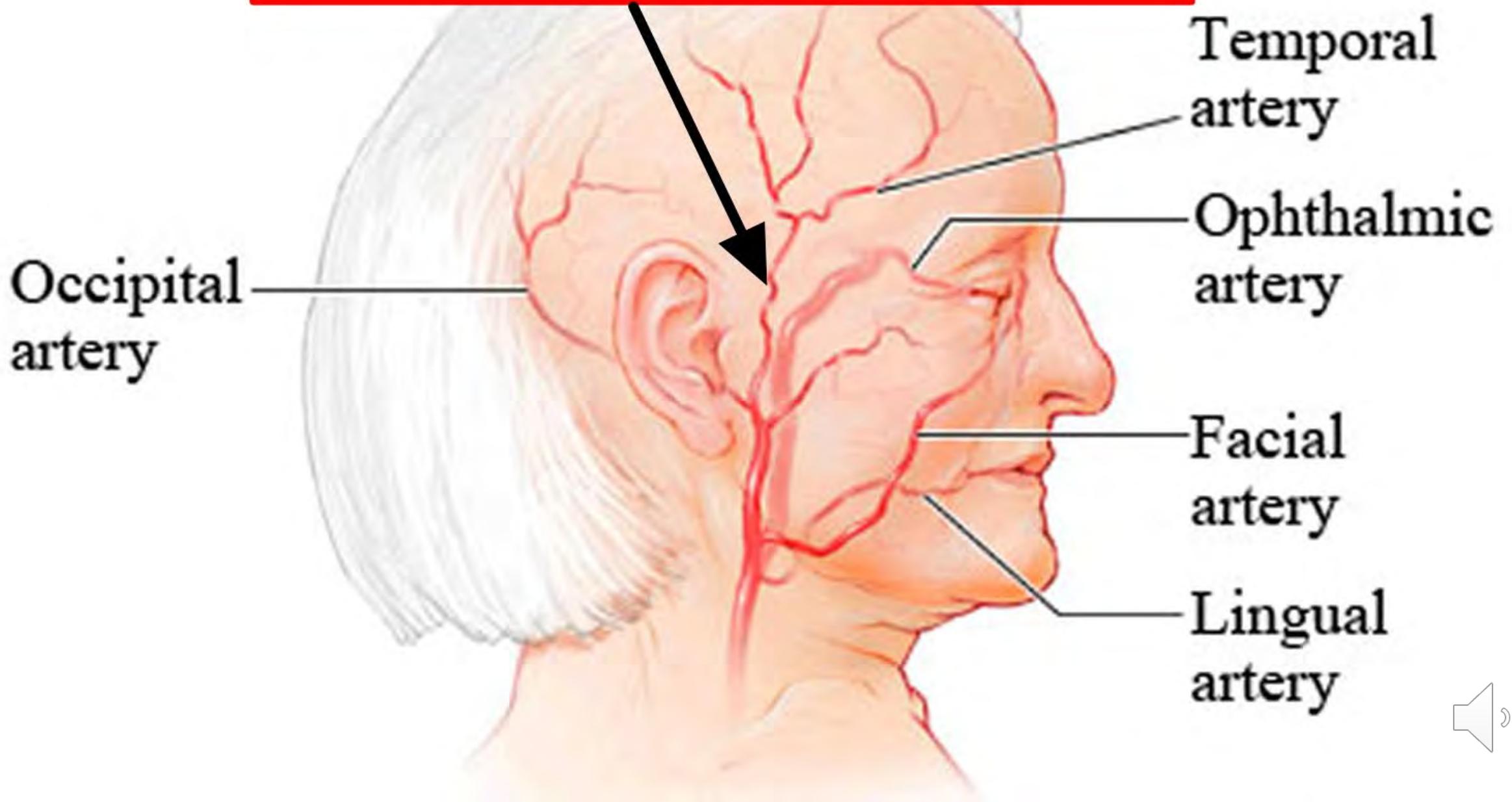
# ARTHRITE SÉRONÉGATIVE: ARTÉRITE TEMPORALE

## DÉFINITION

- Artérite à cellules géantes
- Vasculite des moyens/larges vaisseaux de la personne âgée
- >50 ans, en moyenne vers 75 ans



# Temporal arteritis (giant cell arteritis)



# ARTHRITE SÉRONÉGATIVE: ARTÉRITE TEMPORALE

## CRITÈRES DIAGNOSTIQUES

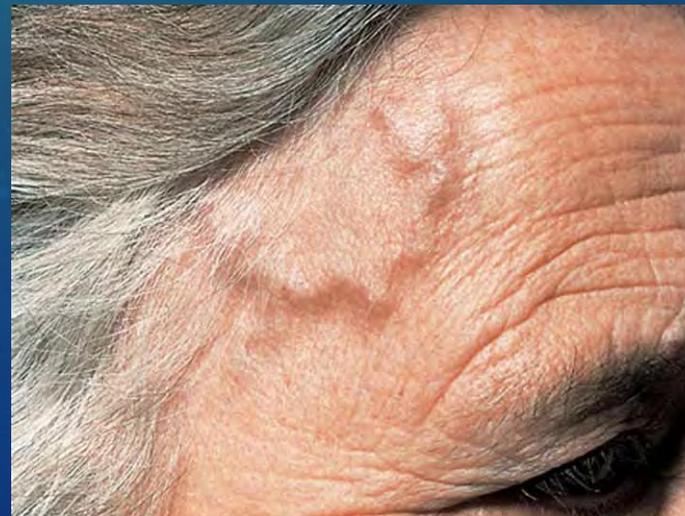
- Au moins 3 critères parmi:
  - Âge au début de la maladie  $\geq 50$  ans
  - Nouvelle céphalée, soit nouvelle ou d'un caractère nouveau
  - Anomalie des artères temporales, avec sensibilité à la palpation ou diminution de pulsatilité
  - Élévation de la VS,  $>50$  mm/heure à la présentation
  - Biopsie de l'artère temporale avec évidence de vasculite avec prédominance d'une infiltration inflammatoire cellulaire mononucléaire ou granulomateux, habituellement des cellules géantes multi-nucléées



# ARTHRITE SÉRONÉGATIVE: ARTÉRITE TEMPORALE

## TABLEAU CLINIQUE

- Céphalée 70-80%
- Sensibilité des tempes, artère temporale indurée et sensible\*
- Sensibilité du cuir chevelu; ad nécrose du cuir chevelu
- Claudication de la mâchoire 40%\*, ad nécrose de la langue
- Symptômes constitutionnels (malaise, fatigue, anorexie, perte de poids, fièvre)
- Polymyalgia rheumatica 50%
- Élévation VS/CRP 90%; anémie
- Syndrome de l'atteinte de l'arche aortique
  - Accidents cérébrovasculaires
  - Infarctus du myocarde
  - Claudication des membres (surtout supérieurs)
  - Anévrisme et dissection aortique



# ARTHRITE SÉRONÉGATIVE: ARTÉRITE TEMPORALE ATTEINTE VISUELLE

- Perte de vision permanente 8-28%
  - Amaurose fugace transitoire mono-oculaire prémonitoire
  - 20% des patients avec perte de vision n'ont pas d'autres manifestations de la maladie
  - Acute arteritic ischaemic optic neuropathy (AAION); Arteritic central retinal artery occlusion (CRAO); Ischaemic stroke of the occipital lobe
  - Pronostic mauvais
- Amaurose fugace transitoire mono-oculaire 8-30%
- Photopsies; hallucinations visuelles chroniques (Charles Bonnet syndrome)
- Diplopie 1-19%



# ARTHRITE SÉRONÉGATIVE: ARTÉRITE TEMPORALE

## DIAGNOSTIC

- Biopsie de l'artère temporale (1 cm, lue rapidement)
  - Si positive: confirme
  - Si négative: n'élimine pas la possibilité; contro-latérale devrait être biopsiée
  - Dans les 2 semaines du début de la Prednisone
  - Inflammation active (lymphocytes, macrophages, cellules géantes multinucléées et granulomes), dommages à la paroi vasculaire (fragmentation de la lamina élastique interne, épaissement intimal) et thrombose intraluminale
- Nouvelles imagerie: rôle à définir
  - CT, MRI ou PET scan des larges vaisseaux
  - Échographie des artères temporales



# ARTHRITE SÉRONÉGATIVE: ARTÉRITE TEMPORALE

## TRAITEMENT

### A Giant-Cell Arteritis

#### Induction Therapy

Prednisone, 1 mg/kg/day  
Goal: resolution of laboratory and clinical abnormalities  
Course: generally 2–4 wk  
Begin bone-protective therapy  
Consider aspirin  
Consider gastroduodenal protection

#### Maintenance Therapy

Taper prednisone by 10–20%/mo  
Monitor clinically  
Monitor acute-phase reactants (ESR and CRP)  
When dose <10 mg/day, taper by 1 mg/mo

#### Management of Flares

Severe flare: repeat prednisone induction therapy  
Mild flare: increase prednisone by 10–20%  
Be cautious in treating elevated ESR or CRP level in absence of clinical symptoms  
Glucocorticoid-sparing agents: methotrexate, marginal benefit; infliximab, no benefit; dapsone, adalimumab, leflunomide, hydroxychloroquine, tocilizumab, azathioprine, anecdotal use

# ARTHRITE SÉRONÉGATIVE: ARTÉRITE TEMPORALE

## TRAITEMENT

- Cas non compliqué (absence d'atteinte visuelle): Prednisone 40–60mg die
- Cas compliqué (présence d'atteinte visuelle): Solumédrol (méthylprednisolone) 500-1000 mg IV die X 3 jours suivi de Prednisone 40–60mg die
- Perte visuelle établie: Prednisone 40–60mg die (protection de l'autre œil)
- Protection osseuse et gastrique
- Aspirine
- Suggestion de sevrage de la Prednisone:
  - 40–60mg die pour 3-4 semaines
  - Diminution de 10mg q2 sem jusqu'à 20 mg die
  - Diminution de 2.5 mg q2–4 sem jusqu'à 10 mg die
  - Diminution de 1 mg q1–2 mois ad arrêt
- DMARD synthétiques (méthotrexate) et biologiques (tocilizumab) à considérer

