

Pseudo Polyarthrite Rhizomélique (PPR)

Pseudo : c'est une polyarthrite qui ne s'accompagne pas d'une atteinte articulaire vraie

Appellation française : pseudopolyarthrite rhizomélique PPR

Appellation anglo-saxonne : polymyalgia rheumatica PMR

Définition : c'est un rhumatisme inflammatoire du sujet âgé (apanage) surtout >60 ans

Très rarement <50 ans

Pic de fréquence : [70-80ans]

Epidémiologie :

- prédilection féminine : 3F-1H
- Terrain génétique : HLA-DR4 : il y a une forte liaison avec ce terrain, sans qu'il soit à l'origine de la maladie à lui seul.
- Distribution géographique : gradient nord sud (la fréquence diminue lorsqu'on passe vers l'hémisphère sud)
- Apparition saisonnière : implication éventuelle de certains virus mais pas de preuve.

Etiologie : inconnue

NB : C'est une maladie chronique parce que l'évolution est > 3 mois mais elle est guérissable.

Clinique :

- **Douleur inflammatoire** : très intense handicapante du cou, les ceintures scapulaire et pelvienne (d'où l'appellation : *rhiza* : racine , *mélos* : membre du corps ; racine des membres).
- **Raideur matinale** : aussi handicapante c'est pour ça on parle d'une impotence fonctionnelle totale (malade alité).
- **Altération de l'état générale** (asthénie, anorexie, amaigrissement).
- -\+ arthrite périphérique
- **Syndrome du canal carpien.**
- **A l'examen physique** : pas de limitation du jeu articulaire (on arrive à mobiliser les membres facilement).
- **Fébricule**

Biologie :

❖ Sd inflammatoire important :

- ◆ VS \geq 50 mm à la première heure
- ◆ Elévation des protéines de l'inflammation : CRP et haptoglobine
- ◆ Anémie inflammatoire

- ❖ Perturbation du bilan hépatique, hépatite biologique (transaminase ↗↗) mais pas d'hépatite clinique.
- ❖ Dosage des interleukine 6, interleukine 1, élévation de IL6 et IL1 (mais ce n'est pas à l'échelle pratique seulement au niveau des labos à recherche).

NB 1 : syndrome du canal carpien : des fourmillements au niveau des premiers doigts, en rapport avec névralgie du nerf médian.

NB 2 : il y a la maladie et le syndrome :

PPR maladie : pathologie du sujet âgé, tableau clinique = raideur matinale, douleurs inflammatoires du cou, ceinture scapulaire et ceinture pelvienne.

Syndrome PPR (les autres signes cliniques) : arthrite périphérique, syndrome du canal carpien...

Imagerie :

- ❖ **Radiologie** : aucune anomalie radiologique, tout est normal et restera normal (c'est pour ça "pseudo polyarthrite") parce que l'inflammation n'est pas de siège synovial, c'est plutôt au niveau des bourses séreuses. On peut avoir des petites inflammations synoviales réactionnelles (pas initiales).

❖ **Echographie :**

Signes de bursites (inflammation des bourses séreuses) sous acromiale et trochantérienne.

Synovite coxo-fémorale (petite inflammation réactionnelles).

Ténosynovite gléno-humérale (inflammation de la gaine des tendons).

- ❖ **IRM** : même signes qu'à l'échographie

Diagnostic différentiel :

- **Polyarthrite rhumatoïde** : au début seulement parce que la PR peut commencer au niveau des ceintures.

La différence est : clinique (bilatérale, symétrique,...) et radiologique (présence des signes) et biologique (facteur rhumatoïde, les Anticorps anti CCP.....).

- **Myopathie inflammatoire** : (parce que impotence)

Différence : dans les myopathies inflammatoires les enzymes musculaires sont élevées (CPK, LDH....).

- **Néoplasie** : parce que l'âge, AEG et VS ↗↗
- **Ostéomalacie** : état déficitaire et handicap

Différence : bilan phosphocalcique normal au cours de la PPR

Relation PPR maladie de Horton : intérêt de rechercher devant tout tableau clinique de PPR ; les signes de la maladie de Horton il peut y avoir une association (pour ajuster les doses de traitement).

Traitement :

- A base des corticoïdes : [12,5 à 25 mg/jour] en l'absence des contre-indications et de comorbidité contre indiquant les corticoïdes
- Durée : jusqu'à disparition des signes cliniques et amélioration du bilan biologique (VS réduit de plus de 50 % de sa valeur initiale au début).
- La dégression sera lente et progressive.
- Les récurrences : rares mais existent lors de la dégression d'où l'intérêt de la surveillance.
- Si récurrence : arrêter la dégression et reprendre la dose initiale.
- Durée totale de traitement 2 ans à 2 ans et demi.