

# PSEUDOPOLYARTHRITE RHIZOMELIQUE

## 1/DEFINITION :

- Encore appelée "**RHUMATISME DES CEINTURES**".
- Groupe de manifestations rhumatologiques de l'arthrite gigantométabolique.
- Etat inflammatoire majeur et vascularite de l'adulte qui peut être associée à la maladie de HORTON.
- le pronostic est le plus souvent **favorable**.

## 2/EPIDEMIOLOGIE :

- c'est une pathologie peu fréquente. Elle touche le sujet âgé.
- elle s'observe surtout chez les femmes mais au-delà de 60ans la fréquence devient la même
- Aucun terrain génétique particulier n'a été démontré.

## 3/CLINIQUE : on retrouve :

- Un enraidissement douloureux des ceintures scapulaire et pelvienne avec une raideur cervicale et lombaire
- Atteinte articulaire périphérique : arthralgie voire arthrite touche surtout le genou, la cheville, l'épaule, exceptionnellement les petites articulations de la main

## 4/Examen physique :

- Enraidissement du fait de la douleur, pas de limitation de mouvements du rachis cervical ou lombaire ou des ceintures (en dehors de la douleur les articulations sont libres)
- Impotence fonctionnelle du membre supérieur ou inférieur
- AEG : fièvre, amaigrissement voire anorexie
- Les signes de la maladie d'Horton peuvent s'y associer

## 5/Diagnostic différentiel :

- PR du sujet âgé : début rhizomyélique, le facteur rhumatoïde ne permet pas d'établir la différence car dans les deux cas il est élevé, c'est le reste du bilan qui le fait
- Pathologie néoplasique
- SPA, myopathie des ceintures (EMG et enzymes musculaires)
- Ostéomalacie : du fait de la DLR et de l'impotence (bilan phosphocalcique Nle)

**A la fin de l'examen clinique, il faut rechercher les signes évocateur de la maladie d'Horton (car les doses thérapeutiques diffèrent entre une PPR isolée et associée à la maladie d'Horton)**

## 6/PARACLINIQUE :

- Bilan inflammatoire** : perturbé, syndrome inflammatoire majeur avec inflammation générale :
  - \*VS est augmentée dépasse 50 voire 100mm/h.
  - \*CRP(+)
  - \*augmentation des transaminases hépatiques : hépatite biologique seulement, rentre dans l'ordre sous TRT de PPR
  - \*Augmentation des protéines de l'inflammation :  $\alpha_1$ ,  $\alpha_2$ ,  $\gamma$  globulines
  - \*Marqueurs sérologique (-)

**-Radiologie :**

**\*Radiographie\***

- Rachis cervical et lombaire F et P
- Rx de l'articulation enflammée
- normale et restera normale avec absence de destructions et d'érosions articulaires (d'où sous TRT guérison ad intégrum)

**\*Echo et IRM\* :** Bursite surtout au niveau de l'épaule

**7/TRAITEMENT :**

-Aucune réponse aux AINS

-Une **corticothérapie** à faible dose **0.5mg/kg/J (parfois on a recours à une dose de 1mg/kg/j)** jusqu'à disparition des signes cliniques et normalisation du bilan biologique (on prend la VS comme repère de suivi et de normalisation).

-Le TRT est administré par VO 50% de la dose le matin et 50% à midi

-Dégression progressive des doses pour éviter le rebond. La dégression commence par les dernières prises (midi puis la matinale)

-Le TRT commence en milieu hospitalier, le suivi ultérieur peut se faire par un médecin généraliste

-**Durée de traitement : 2à3 ans** jusqu'à disparition des signes cliniques et normalisation de la VS, selon le cas.

-Si CI aux CTC → utilisation d'immunosuppresseurs

**8/EVOLUTION :**

-La PPR est d'évolution **favorable après 2 à 3 ans.**