

# Les arthrites inflammatoires propres au vieillissement



**Monique Camerlain, MD, FRCPC et Yves Beaulieu, MD**

Présenté dans le cadre de la conférence : *Les arthrites inflammatoires des aînés*, Association des médecins omnipraticiens de l'Estrie, mars 2007

## Le cas de madame Lafrance

Bérangère Lafrance a 78 ans. Elle présente une monoarthrite aiguë qui touche son poignet gauche. Son hypertension est contrôlée à l'aide d'un diurétique et sa fonction rénale est normale.

**Comment prouver votre diagnostic et la traiter?**

La fréquence des arthrites inflammatoires augmente avec le vieillissement de la population. De plus, le diagnostic est compliqué par les présentations atypiques dues aux modifications immunes et hormonales reliées à l'âge.

Le traitement vise à diminuer l'impact et à préserver l'autonomie. Il doit tenir compte de la physiologie du vieillissement, des comorbidités, de la fréquence accrue d'effets secondaires et des restrictions cognitives et de mobilité.

Nous allons donc traiter des arthrites les plus courantes selon la problématique propre au vieillissement.

## La polyarthrite rhumatoïde

Cette forme d'arthrite est de cause inconnue. La polyarthrite rhumatoïde touche 1 à 2 % de la population. Sa prévalence augmente avec l'âge, et c'est une cause d'invalidité importante.

### Présentation clinique

La forme sénile de la polyarthrite rhumatoïde survient après l'âge de 60 ans et touche également les hommes et les femmes. Le début des symptômes est généralement aigu avec des manifestations systémiques et une élévation des marqueurs de l'inflammation. Cette forme touche les grosses articulations, et le facteur rhumatoïde y est généralement négatif.

La **Dre Camerlain** est membre conseil du service de rhumatologie au Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke.

Le **Dr Beaulieu** est médecin de famille à la Clinique médicale Vingt-Quatre Juin à Sherbrooke et responsable régional du développement professionnel continu de l'Association des médecins omnipraticiens de l'Estrie.

Tableau 1

### Agents de contrôle de la polyarthrite rhumatoïde

#### Agents de rémission

- aurothioglucose
- aurothiomalate de sodium
- auranofin
- methotrexate
- hydroxychloroquine
- sulphasalazine
- cyclosporine
- azathioprine
- leflunomide

#### Agents biologiques

- etanercept
- infliximab
- adalimumab
- anakinra
- abatacept
- rituximab

En ce qui concerne la forme classique, qui apparaît avant 60 ans, celle-ci touche surtout les femmes. Le tableau est de début généralement insidieux et affecte surtout les petites articulations. Dans ce cas-ci, le facteur rhumatoïde est positif chez 80 % des cas.

### Diagnostic

Le diagnostic repose sur des critères définis par l'*American College of Rheumatology* :

- Raideur matinale qui dure plus d'une heure;
- Arthrite à plus de trois régions articulaires;
- Arthrite des articulations de la main;
- Gonflement symétrique;
- Facteur rhumatoïde;
- Nodules rhumatoïdes;
- Changements radiologiques.

### Traitement

Le traitement de la polyarthrite rhumatoïde doit être rapide et agressif, car la perte de mobilité des aînés affectés peut entraîner une perte d'autonomie permanente.

Le traitement repose sur des moyens non médicamenteux (éducation, physiothérapie, ergothérapie), sur des moyens médicamenteux de confort (analgésiques, AINS, coxibs et stéroïdes) et sur des moyens médicamenteux de contrôle énumérés au tableau 1.

Les patients de > 60 ans répondent très bien au traitement, mais reçoivent des doses plus faibles de méthotrexate, moins de combinaisons d'agents de rémission, plus de stéroïdes et moins de biologiques que les sujets plus jeunes.

### La goutte

La goutte est due à la précipitation d'urate de monosodium dans l'articulation. Elle est une forme d'arthrite cristallogène. Elle touche 5 % des hommes et 2 % des femmes de plus de 65 ans.

### Présentation clinique

Dans la forme classique de la goutte, la crise initiale est aiguë et mono-articulaire et se localise surtout aux membres inférieurs. Les tophi sont tardifs et situés aux coudes, aux doigts et aux oreilles. Une polyarthrite chronique peut s'établir.

La forme sénile de la goutte présente souvent des crises polyarticulaires aux membres supérieurs. Les tophi apparaissent tôt et ont des localisations atypiques. Plus de 50 % des patients atteints sont des femmes. Cette forme est associée aux diurétiques et à l'insuffisance rénale.

### Diagnostic

Le diagnostic de la goutte repose sur la présence de cristaux d'urate lors de la synovioanalyse.

De plus, l'hyperuricémie n'est ni constante ni spécifique.

### Traitement

On traite la crise, pour une ou deux semaines, par la colchicine, les AINS, les coxibs ou les stéroïdes per os ou intra-articulaires.

Dans sa phase intercritique, afin de prévenir les récurrences, on peut traiter avec de la colchicine, des AINS et des coxibs, jusqu'à ce qu'un hypouricémiant soit indiqué. En phase chronique, on donne un hypouricémiant s'il y a des crises répétées, une hyperuricémie de plus de 6 mg/dl, un tophi ou une néphrolithiase. Une prophylaxie initiale et temporaire de colchicine à 0,6 mg, 1 co die ou bid, prévient les crises au moment où on mobilise le *pool* des urates. On l'associe à l'allopurinol. Le probénécide est rarement utilisé à cause des maladies rénales, et l'allopurinol est utilisé de façon indéfinie. Les doses dépendront de la fonction rénale.

### La pseudo-goutte

La pseudo-goutte est une maladie des aînés qui est due à la précipitation de pyrophosphate de calcium dans l'organisme. Elle est aussi une forme d'arthrite cristallo-gène. Des calcifications intra-articulaires, parfois asymptomatiques, se retrouvent chez 40 % des patients de plus de 80 ans.

### Présentation clinique

La pseudo-goutte peut atteindre le genou, le poignet, l'épaule et la hanche. Elle peut être associée à une hyperparathyroïdie, une hypophosphatémie, une hypomagnésémie et une hémochromatose.

### Diagnostic

Le diagnostic se fait par une démonstration de cristaux de pyrophosphate lors de la synovio-analyse.

### Traitement

On peut traiter la crise avec des AINS, des coxibs et des stéroïdes oraux ou intra-articulaires.

*La goutte touche 5 %  
des hommes et 2 %  
des femmes de plus de  
65 ans.*

### La polymyalgia rheumatica

La polymyalgia rheumatica est présente chez 52,5 cas sur 100 000 patients de plus de 50 ans. Quarante-vingt-dix pour cent des patients atteints ont plus de 60 ans, et le 2/3 de ceux-ci sont des femmes.

### Présentation clinique

En présence de polymyalgia rheumatica, le patient éprouvera une douleur et une raideur musculaires des ceintures scapulaires et pelviennes et des symptômes constitutionnels. De plus, la sédimentation peut atteindre jusqu'à 100 mm/h, et l'anémie est fréquente. Le facteur rhumatoïde est habituellement négatif.

### Traitement

Il faut la traiter avec de la prednisone 20 mg une fois par jour pour un mois. Une amélioration des symptômes survient en 24 heures. Un dosage décroissant de 5 mg par mois doit être utilisé selon la présentation clinique et la sédimentation. Après 10 mg die, on décroît de 2,5 mg par mois en surveillant les récurrences.

## L'artérite à cellules géantes

L'artérite à cellule géante survient chez 10 % des cas de polymyalgia rheumatica.

### Présentation clinique

Le patient souffrira de céphalée, de claudication de la mâchoire, de sensibilité du cuir chevelu et de troubles visuels. Elle peut comporter aussi des présentations atypiques, comme une fièvre d'origine inconnue, une dépression, une perte de poids et des problèmes cognitifs.

### Diagnostic

Le diagnostic d'artérite à cellules géantes doit être confirmé par une biopsie temporale.

### Traitement

S'il y a une perte visuelle récente, certains recommandent de débiter le traitement avec de la méthylprednisolone IV 1 g die pour trois jours. Ensuite, prednisone 40 à 60 mg die, jusqu'à normalisation. Puis, comme pour la polymyalgia rheumatica, décroître progressivement (selon la clinique et la sédimentation), après 40 mg, de 5 mg par mois. S'il n'y a pas de perte visuelle, il faut passer directement à la prednisone à 40 à 60 mg die. Bien qu'il n'y ait pas qu'une seule ligne de conduite établie, en raison des effets secondaires de

## Retour sur le cas de madame Lafrance

On a identifié des cristaux de pyrophosphate de calcium lors de la synovioanalyse et des calcifications cartilagineuses au rayon X du poignet.

Comme la fonction rénale est normale et qu'il y a un risque digestif, madame Lafrance recevra un traitement par AINS avec un inhibiteur de la pompe à proton ou avec un coxib.

la prednisone dans ce groupe d'âge, certains soulignent que le malade doit avoir reçu 40 mg die durant un mois avant que l'on amorce la décroissance. Il faut souligner que le méthotrexate est un agent de seconde ligne qui peut être utilisé pour diminuer la toxicité des stéroïdes.

Les patients qui reçoivent de la prednisone à plus de 7,5 mg pour plus de trois mois doivent recevoir du calcium, de la vitamine D et un bisphosphonate en protection osseuse et obtenir un suivi par densitométrie.

## Bref...

L'approche des arthrites inflammatoires des aînés est complexe. Le traitement, généralement efficace, doit être rapide pour préserver l'autonomie et la qualité de vie et pour diminuer le fardeau social.



### Bibliographie

1. Kerr LD: Inflammatory Arthritis in the Elderly. Mount Sinai J of Med. 2003 Jan; 70(1):23-6.
2. Tutuncu Z, Kavanaugh A: Rheumatic disease in the elderly: rheumatoid arthritis. Clin Geriatr Med. 2005 Aug; 21(3):513-25, vi.
3. Tutuncu Z, Reed G, Kremer J, et coll: Do patients with older-onset rheumatoid arthritis receive less aggressive treatment? Ann Rheum Dis. 2006 Sep; 65(9):1226-9.
4. Belostocki KB, Paget SA: Inflammatory rheumatologic disorders in the elderly. Postgraduate medicine Online. 2002 Ap; 111:4.

NOUVELLES LIGNES DE CONDUITE CANADIENNES DE 2006 maintenant publiées

**EZETROL®**  
ezetimibe

INHIBITEUR DE L'ABSORPTION DU CHOLESTÉROL  
MONOGRAPHIE DU PRODUIT FOURNIE SUR DEMANDE  
\*Marque déposée utilisée sous licence par Merck Frosst-Schering Pharma, S.E.N.C.

MERCK FROSST / Schering  
Produits pharmaceutiques  
Merck Frosst-Schering Pharma, S.E.N.C.  
Kirkland, Québec H9H 3L1

CCPP

EZT-06-CDN-44200537F-JA-F