

# La polyarthrite rhumatoïde (PR)

Monique Camerlain MD,  
Geneviève Myhal PhD,  
Maxime Barakat MD, PhD

« J'en peux p'us Docteur !  
J'ai mal partout où ça plie pis l'enflure diminue  
pas malgré vos pilules.  
Le matin chu tellement raide que j'me roule en  
bas du lit. J dors quasiment pas à cause du  
mal. J'prends une douche ben chaude. Ça aide  
un peu mais j'arrive à peine à préparer les  
enfants pour l'école.

Mes mains ferment pus, mes pieds sont toutes  
enflés. J'peux pus travailler.

Mon mari, y'en a assez d'm'écouter pis  
d'm'entend' brailier.

Pis le sexe, parlez-en pas. J'ai pus l'goût, ça fait  
trop mal.

J'ai peur qu'y en trouve une autre plus l'fun  
que moi.

J'ai pus d'vie, chus fatiguée, chus déprimée.

Ousque j'm'en vas docteur? Y a-t-y queq'chose  
à faire pour c't arthrite là ? »

La mise en situation qui précède a servi d'introduction à un atelier interactif sur la PR et son traitement efficace a été présenté le 23 août 2008 au Congrès provincial de l'Afeas à Trois-Rivières.



Jeu de Rôle, Atelier sur la Polyarthrite Rhumatoïde

La PR est une maladie inflammatoire auto-immune chronique de cause inconnue caractérisée par une inflammation symétrique de la membrane synoviale qui tapisse les articulations, une érosion du cartilage qui recouvre les surfaces osseuses dans

d'autres organes ou systèmes.

La PR n'est pas bénigne. Elle entraîne en plus de la douleur, de la raideur et du gonflement des articulations, une perte progressive de l'état fonctionnel.

La maladie débute habituellement entre 40 et 60 ans. Elle touche environ 220 000 Canadiens adultes. Le ratio homme:femme est d'environ 1:3. 10 % arrêtent de travailler 1 an après son apparition ; 42 % arrêtent de travailler 3 ans après le diagnostic. 50 % sont handicapés après 10 ans. 80 % sont modérément à sévèrement handicapés après 20 ans. Le taux de mortalité global est environ 2,5 fois celui de la population en général. L'espérance de vie des patients rhumatoïdes est diminuée de 5 à 10 ans.

Un traitement satisfaisant de la PR devrait satisfaire les trois objectifs suivants :

- Soulagement des signes et symptômes (par ex: gonflement et douleurs articulaires)
- Amélioration de la capacité physique et de la qualité de vie
- Diminution de la progression des lésions radiologiques qui témoignent de la destruction articulaire qui mène à l'invalidité.

Le traitement optimal actuel repose sur une stratégie qui comporte :

- un diagnostic précoce,
- l'utilisation rapide et agressive d'agents de rémission (DMARDs) en vue de contrôler la maladie,
- une évaluation rapide des résultats attendus et le passage à de nouveaux agents qu'on nomme biologiques si la réponse est inadéquate.

On a constaté, en effet, que 93 % des patients présentent une détérioration visible à la radiographie dès les 2 premières années et, contrairement à l'approche du passé qui visait surtout le soulagement des symptômes, on met maintenant l'emphase sur la prévention de la destruction articulaire et de l'invalidité. C'est pourquoi on agit vite et fort pour empêcher que les érosions ne s'établissent puisqu'on sait qu'en résonance magnétique on peut en voir dès le quatrième mois d'évolution.

Les agents de rémission (DMARDs) conventionnels sont efficaces pour traiter la PR à court terme mais ne permettent pas de maintenir une réponse à long terme. Après 5 ans de traitement, plus de 50 % des patients sont handicapés. On observe des érosions articulaires chez 70 % des patients après 2 ans.

QUESTION	OUI %	NON %	NE SAIT PAS %	NON-RÉPONSE %
Le jeu de rôle a aidé à la compréhension des messages de la présentation scientifique	85%	1%	6%	9%
Le jeu de rôle a renforcé les messages de la présentation scientifique	82%	3%	6%	8%
La présentation scientifique a aidé à la compréhension du diagnostic et du traitement de la polyarthrite rhumatoïde	94%	2%	2%	2%

Les nouveaux Agents Biologiques ont été créés par biotechnologie du DNA recombinant. Ils se donnent par injection ou perfusion. (Fig2)

Ils agissent contre des cibles spécifiques du système immunitaire et contrôlent l'inflammation. Dans la PR ils agissent rapidement pour soulager les symptômes et ils retardent la progression radiologique et la destruction articulaires en préservant

la fonction. Le bienfait optimal est habituellement obtenu de 2 à 12 semaines après le début du traitement alors que le bienfait des DMARDs peut prendre de 3 à 6 mois. Les agents disponibles et remboursés au Québec sont le Remicade, l'Enbrel, l'Humira, et les plus nouveaux, Oencia et Rituxan.



Perfusion d'un agent biologique

Malgré l'efficacité de ces nouveaux agents une étude réalisée sur 4 493 patients en Colombie Canadienne a révélé que :

- 49 % seulement ont utilisé un DMARD et que 33 % seulement en utilisaient un au moment de l'étude. La raison évoquée pour le non usage était : « Mon médecin de m'en a pas parlé » : 45 %
- 39 % des patients seulement étaient suivis par un rhumatologue, spécialiste de l'arthrite. Comme les DMARDs et les biologiques sont généralement prescrits en spécialité, on peut comprendre en partie la raison de l'écart thérapeutique entre ce qui est et ce qui devrait être.

Les résultats du questionnaire d'évaluation de l'atelier ont démontré à la fois l'efficacité de l'approche utilisée (jeu de rôle suivi d'une présentation scientifique), ainsi que l'impact positif de l'atelier sur la compréhension des participants par rapport au sujet de l'arthrite rhumatoïde. Le tableau ci-dessous résume les résultats obtenus à ces égards :

L'appréciation et la satisfaction des participants à l'égard de l'atelier est d'autant plus soulignée par le fait que 94 % ont trouvé la présentation objective et crédible, et 81 % souhaiteraient voir cette activité répétée dans leur région.

Note: L'atelier a été supporté financièrement par Bristol-Myers Squibb Canada.