

# Rhumato-Gériatrie

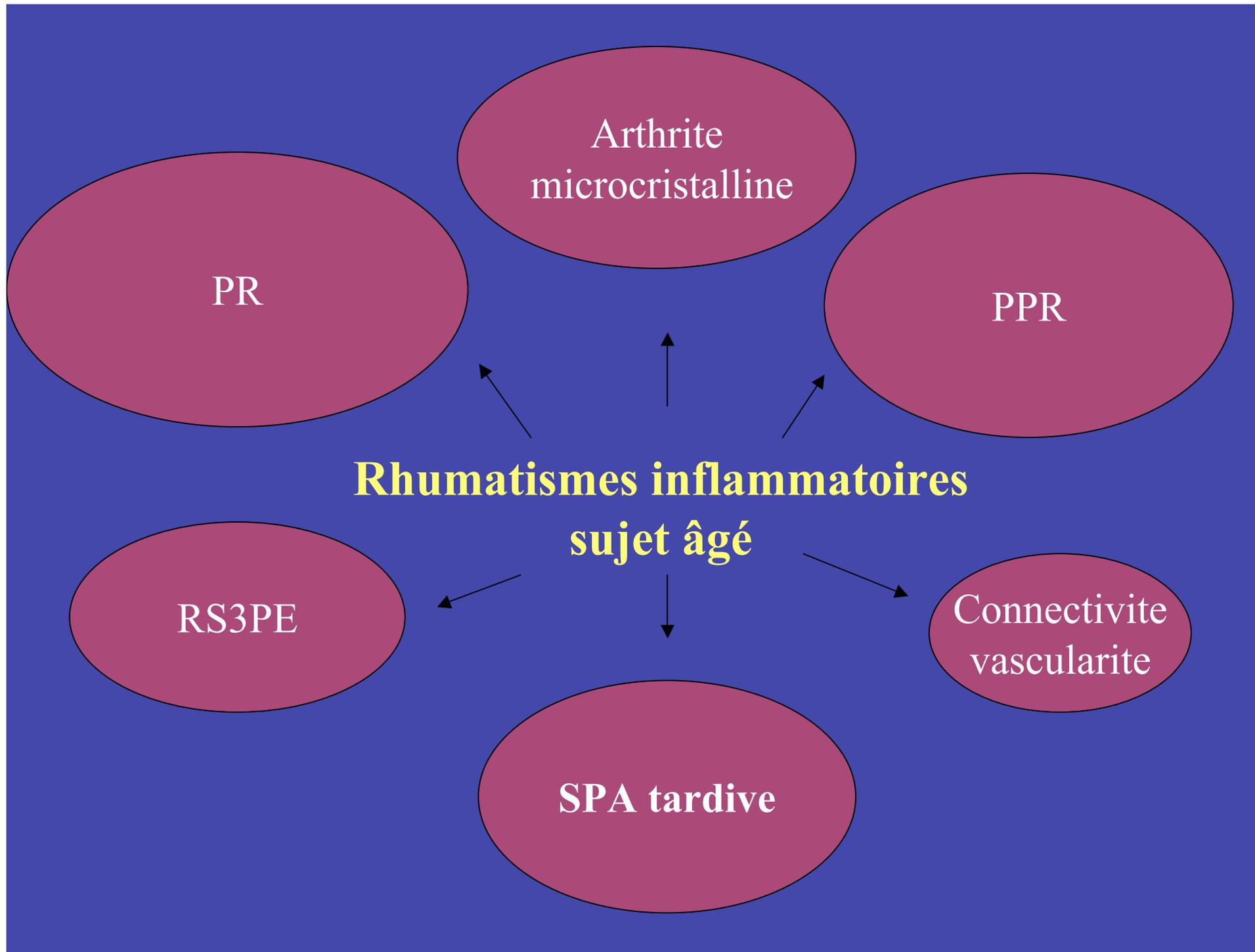
## Besançon 29.04.05

Pr D. Wendling

# ARTHRITES DU SUJET AGE

# Rhumatismes Inflammatoires du sujet âgé

- Diminution :
  - mobilité
  - autonomie
  - qualité de vie
- Diagnostic parfois difficile :
  - RI classiques début âgé : modif. Sympto
  - plus spécifiques sujet âgé : PPR
  - « entités » nouvelles RS3PE , LOPS
- Traitement : âge  $\longleftrightarrow$  comorbidités



# Pseudopolyarthrite rhizomélique

- Fréquence 9,4 / 100 000
- Prévalence 1 / 133 > 50 ans
- Femmes 2 / 3
- Diagnostic clinique :
  - douleurs inflammatoires ceintures scapulaires et pelviennes , cervicale
  - raideur matinale
  - signes généraux

# PPR

- MANIFESTATIONS PERIPHERIQUES :
  - 50 % des cas
  - polyarthrite non érosive : 25 %
  - ténosynovites des fléchisseurs
    - + canal carpien : 14 %
  - œdème distal : 12 %

# PPR - Biologie

- Syndrome inflammatoire : VS > 50 mm  
↑ CRP et autres proteines inflammation  
VS Nale : 5-10 %      Pb diagnostic
- Cholostase anictérique 20 – 30 %
- Anomalies Immuno : 0

# PPR Critères de diagnostic

- Douleur > 1 mois sur 2 des sites :  
cou , ceinture scapulaire , ceinture pelvienne
- Raideur matinale > 1 heure
- Réponse rapide corticothérapie  $\leq 20$  mg/j
- Absence d'autre affection musculo squelettique
- Âge > 50 ans
- VS > 40 mm / H

Diagnostic si tous critères présents

# Relations PPR - Horton

- PPR dans 50 % des Horton
- Horton dans 4 à 40 % des PPR

# PPR : maladie ou syndrome ?

- PPR : mode d'entrée d'autres pathologies inflammatoires :

23 sur 208 PPR :

- 10 néoplasies ( 5 hémopathies , 5 T solides )

- 10 maladies rhumato ( 5 PR , 2 LE , 1  
PM,1SA )

- 1 endocardite , 1 hypothyroïdie , 1  
Parkinson

- Amylose

# PPR - Traitement

- CORTICOTHERAPIE
  - modalités
  - durée
  - prévention des effets secondaires
  - traitement d'épargne cortisonique ?

# Polyarthrite Rhumatoïde

- Particularités début > 65 ans :
  - moindre prédominance F
  - début brutal 40 %
  - atteinte grosses articulations 40 % PPR
  - oedème ( RS3PE ) 10 %
  - signes généraux (AMG ,myalgies )
  - Biologie : Syndr. Infl. + marqué  
FR ( ↑ avec âge ) , anti CCP

# SPONDYLARTHRITE ANKYLOSANTE

- Début tardif peu fréquent
- Homme , sémiologie identique
- Signes axiaux
- Atteinte périphérique 1/2 ; oligoarthrite asymétrique , talalgies , orteils saucisse
- Syndrome inflammatoire , HLA B27
- Rx syndesmophytes pseudo-ostéophytiques ( arthrose , HVA )

# Rhumatisme Psoriasique

- Fréquence: 25-30 % > 50 ans
- Pso + manif articul.
- Sévérité +++
  - Ⓜ art gonflées, érosions Rx pieds, syndrome inflamm, CTC. Evolution péjorative (Punzi)
- Présentation: axiale, périph, fréquence atteinte cervicale, signes généraux

# Cytokines intra-articulaires

## Rhum Pso selon âge

	Rhum Pso > 60 (N=10)	Rhum Pso < 60 (N=24)	p
<b>Eléments</b> (x10 <sup>3</sup> /mm <sup>3</sup> )	7,3 (± 3,6)	12,4 (± 10,0)	NS
<b>IL1-β</b> (pg/ml)	8,0 (± 4,7)	3,0 (± 3,0)	< 0,001
<b>IL-6</b> (pg/ml)	828,2 (± 492,6)	469,3 (± 201,4)	< 0,005
<b>IL-8</b> (pg/ml)	417,0 (± 386,4)	307,0 (± 382,8)	NS

# LOPS

- *Late Onset Peripheral Spondylarthropathy*
- Oligoarticulaire MI , HLA B 27
- Signes généraux fréquents
- Syndrome inflammatoire marqué
- Œdème périphérique , godet + , 50 %
- Faible réponse AINS et corticoïdes
- Evolution prolongée

# RS3PE

- *Remitting Seronegative Symmetrical Synovitis with Pitting Edema* ( 1985 )
- Hommes âgés
- Polyarthrite brutale bilat. Sym. Distale
- Ténosynovite fléchisseurs , canal carpien
- Œdème distal , mou , godet +
- Signes généraux

# RS3PE

- Syndrome inflammatoire modéré
- FR = 0
- Rx : pas d'érosions
- HLA B7 ( 59 % vs 24 % )
- Effet rapide corticothérapie ( 10-20 mg/j )
- Evolution vers rémission 6 mois

# RS3PE Associations

- Maladies systémiques : PAN , BBS , LED , DPM
- Hémopathies : lymphomes , myelodysplasies
- Cancers : prostate , pancréas , colon
- Amylose

→ pauvre réponse à corticothérapie

# RS3PE : maladie ou syndrome?

- Relations RS3PE – PPR
- RS3PE → PR
- Œdème : expression d'inflammation chez sujet âgé ?

# Rhumatismes Inflammatoires du sujet âgé

	PPR	Polyarthrite	RS3PE	LOPS
Localisation	proximale	Proximale et périph.	périphérique	Périphérique + axiale
Oedèmes	+	+	+++ mains	+++ pieds
Evolution	0 sequelles	Destruction articulaire	Possib. contractures	Possib. destruction
HLA	DR 4	DR 4	B7	B 27
Traitement	corticoïdes	Corticoïdes + Tt de fond	corticoïdes	Inefficacité corticoïdes
Délai guérison	18 mois	Années	12 mois	Années

# Arthrites Microcristallines

- Arthrites aiguës
- Fréquence de la CCA
  - Rx et latence clinique
  - pseudo goutte calcique ( monoarthrite )
  - polyarthrite subaiguë
  - épanchements ( hémarthroses )
  - formes destructrices
- Goutte uratique , après 65 ans : F=H
- Intérêt ponction articulaire

# Autres entités

- Arthrites septiques ( pyogènes , mycobactéries...)
- Syndromes paranéoplasiques

# Le syndrome de la tête tombante

## Syndrome de la tête tombante

- « dropped head syndrome »
- Déficit d'extension spontanée de la tête
- Peut être révélateur d'une maladie générale neuromusculaire ,  
endocrinienne ou isolé
- À rapprocher de la camptocormie

# Bilan

- Clinique : examen neurologique  
amyotrophie cervicale , scapulaire
- Rx rachis cervico-dorsal
- Biologie : CRP , CPK , TSH , K<sup>+</sup> , Ca , P
- EMG

## Diagnostic différentiel

- Atteintes rachidiennes :
  - spondylodiscites
  - spondylarthrite ankylosante
  - arthrose
- Fixée : non ou peu réductible

# Etiologies

- Myogènes :
  - myasthénie
  - polymyosite
  - myopathie isolée
  - dystrophie facio-scapulo-humérale
  - myosite à inclusion
- Neurogènes :
  - SLA
  - Parkinson
  - atrophie spinale
  - polyneuropathie
- Divers :
  - hypothyroïdie
  - dystonie cervicale

## Formes « isolées »

- Possible expression psychosomatique
- Syndrome dépressif

# Traitement

- Traitement étiologique
- Rééducation : renforcement des muscles érecteurs du rachis

# Camptocormie

- Proclinorachie
- Cyphose réductible
- Plicature champêtre
  
- Trouble postural , flexion du tronc en avant en station debout , réduction en décubitus

# Clinique

- Survenue au-delà de 55 ans
- Symptômes variables :
  - rachialgies
  - sensation de déséquilibre du tronc
  - recherche d'un support ( chaise , mur )

# Clinique

- Insuffisance musculaire para vertébrale lombaire
- Impossibilité de verrouiller rachis lombaire sur bassin
- Réductibilité de la posture ++
- Absence d'anomalie spécifique

# Paraclinique

- Radiographies : éliminer SPA , bloc vertébral , fractures ostéoporotiques
- Bilan neuro musculaire
- Bilan métabolique
- TDM lombaire :
  - sténose canalaire
  - remaniement musculaire paravertébral

# Etiologies

- Neurologique : Parkinson , SLA
- Rachis : CLE , CCA
- Métabolique : hypothyroïdie , ostéomalacie
- Myosites inflammatoires : DM , PM
- Atteintes musculaires plus rares : cortisonique , mitochondriale , à inclusion, amyloïde
- Myopathie tardive des extenseurs spinaux (MTES) : possibilité d'association à tête tombante

# Traitement

- Etiologique ( Corticothérapie , T4 , Vit D )
- Rééducation
- Chirurgie ?