

Association Française des Polyarthritiques

& des Rhumatismes Inflammatoires Chroniques

9, rue de Nemours - 75011 Paris

E-mail : afp@nerim.net - www.polyarthrite.org

Tél. : 01 400 30 200 - Fax : 01 400 30 209



LES PROFESSIONNELS DU MOIS : LE CARDIOLOGUE ET LE RHUMATOLOGUE

INTERVIEW

DU DR CHRISTOPHE MEUNE, CARDIOLOGUE
ET DU PR YANNICK ALLANORE, RHUMATOLOGUE
À L'HÔPITAL COCHIN

**On sait que la fait d'être atteint de PR augmente le risque de maladie cardio-vasculaire ;
que sait-on des mécanismes à l'origine de cette association ?**

Le constat est en effet assez univoque et la très grande majorité, sinon la totalité, des études portant sur la survenue au cours de la polyarthrite rhumatoïde d'éléments cliniques ou sur des marqueurs d'athérome pré-cliniques montrent une augmentation du risque. Quelques travaux sur des formes débutantes ou indifférenciées de polyarthrite ont quant à elle pu s'avérer négatives suggérant qu'il faut un certain temps d'exposition à la maladie pour en avoir des conséquences vasculaires.

Une fois le constat établi, on manque par contre cruellement d'études qui permettraient d'expliquer les mécanismes de ce sur-risque. Beaucoup de travaux ou de recommandations tentent d'extrapoler à la polyarthrite des données validées dans d'autres maladies mais ceci semble critiquable voire hasardeux. En effet, ceci ne prend pas en compte les spécificités de la polyarthrite rhumatoïde qui sont pourtant criantes dans le domaine des maladies cardiovasculaires : population féminine alors qu'habituellement l'athérosclérose prédomine chez l'homme, population exposée à une inflammation chronique qui perturbe de nombreuses régulations biologiques et enfin population prenant des traitements spécifiques, systémiques le plus souvent (c'est à dire pouvant atteindre de nombreux tissus de l'organisme), qui modifient forcément certains paramètres vasculaires.

Certaines données ont toutefois identifié plusieurs dérégulations en cause. D'un point de vue biologique, l'inflammation génère des médiateurs qui sont toxiques pour les cellules qui tapissent les vaisseaux et cette inflammation semble dérégler les métabolismes des lipides et des glucides favorisant l'accumulation de substances néfastes pour ces vaisseaux. D'un point de vue plus clinique, les formes de polyarthrite avec le handicap le plus prononcé sont les plus à risque ; ceci signifie que la sévérité de la maladie est associée au risque cardiovasculaire. Par ailleurs, il est possible que la prise en charge des facteurs de risque classique soit insuffisante car l'attention des médecins et peut être du malade serait focalisée sur la prise en charge de la polyarthrite. On pourrait également suspecter le fait d'avoir une maladie chronique avec le stress généré, mais aussi l'activité physique perturbée par le handicap, et enfin les nombreux traitements dont on mesure bien les effets sur l'activité de la maladie mais pour lesquels persistent de nombreuses inconnues quant à leurs conséquences vasculaires.

Il est donc indispensable que le rhumatologue évalue le risque cardiovasculaire (pression artérielle, surpoids, lipides, tabagisme) chez tous ses patients et notamment ceux avec un rhumatisme inflammatoire. Si l'objectif d'un contrôle aussi parfait que possible de l'activité de la maladie doit être bénéfique pour le système vasculaire, nous manquons de données solides pour pouvoir adapter nos prises en charges en fonction du risque vasculaire et mettre en place par exemple des stratégies de prévention primaire comme cela se fait dans le diabète. Nous devons travailler à la mise en place de cohorte de malades suivies spécifiquement pour le risque cardiovasculaires. Chez les patients dont le risque cardio-vasculaire semble élevé, un suivi par un rhumatologue et un cardiologue pourrait être nécessaire.

Tous les patients atteints de PR doivent-ils se sentir concernés ?

Comme évoqué plus haut, il semble qu'il faille une certaine durée de la maladie avant de pouvoir constater des conséquences sur le réseau circulatoire de la polyarthrite. Mais peut être qu'une fois constatées ces lésions sont déjà une marque de dommages avancés. D'autres travaux ont suggéré que le sexe masculin ou la présence d'auto-anticorps ou de score avancé de mesures du handicap témoignant de maladie plus sévère sur le plan articulaire étaient plus associés à l'athérome. En réalité il faut sûrement alerter tous les patients sur les bonnes pratiques de la prévention du risque vasculaire. Cependant il ne faut pas non plus conduire à des pratiques abusives telles que l'utilisation de certains médicaments (par exemple anti-agrégant plaquettaire) en prévention primaire alors que ces pratiques n'ont pas montré leur bénéfice mais, au contraire pour certaines, démontré leur inefficacité voire leur toxicité.

Un risque cardio-vasculaire majoré peut-il contre-indiquer certains traitements (de fond ou symptomatiques) de la PR ?

Il faut sûrement le prendre en compte pour discuter de la place des anti-inflammatoires non stéroïdiens dont on connaît les effets sur l'augmentation de la pression artérielle, la diminution de la perfusion (arrivée du sang par la circulation de certains organes (reins, cœur...)). De même, des aspects métaboliques (glycémie, lipides) moduleront l'utilisation potentielle des corticoïdes. Pour les traitements de fond, les données disponibles suggèrent leur effet bénéfique sur le risque vasculaire quelle que soit la molécule (Méthotrexate ou anti-TNF) à la condition que cette dernière permette un contrôle satisfaisant de la maladie.

Quels sont les autres facteurs auxquels les patients PR doivent veiller, afin de limiter le risque de maladie cardio-vasculaire ?

Les cardiologues ont l'habitude d'évaluer le risque global de leurs patients. Ce même type de raisonnement doit être utilisé chez les patients avec polyarthrite rhumatoïde car il permet, le cas échéant, de prendre des mesures pour le limiter. Ainsi, il existe 9 facteurs de risque modifiables, et le médecin et le patient doivent être impliqués. La prise en charge optimale d'une hypertension artérielle, d'un diabète ou d'une dyslipidémie repose sur les médicaments mais le patient doit avoir une observance irréprochable. Une activité physique quotidienne est souvent possible, lorsque la maladie articulaire est contrôlée, et doit être encouragée : 30 minutes de marche quotidienne (somme sur toute la journée). Sans préconiser de régime strict, quelques règles de « bonne conduite » semblent également impératives, comme la consommation de fruits et légumes. Enfin, toute intoxication tabagique est à proscrire.

Quels sont les examens à réaliser régulièrement pour surveiller ce risque cardio-vasculaire ?

Cette question est importante car si on arrive à convaincre les médecins et les malades de mettre en place des mesures de prévention et de dépistage, nous n'avons pas réellement d'information sur le rythme de réévaluation de ces paramètres. Il faut comme évoqué plus haut bien analyser les facteurs de risque classique d'athérome. Si une anomalie est détectée sur les règles applicables à la population générale il faut ensuite s'assurer de sa correction que ce soit ou non par une intervention thérapeutique (régime...). Si tout est normal, il semble de bonne pratique de réévaluer annuellement ces paramètres. Il n'est pas indiqué actuellement en l'absence de signes cliniques de pratiquer des examens de dépistage tels que la mesure de l'athérome carotidien (échographie Doppler) ou coronarien (Scanner coronaire).