

Chapitre 20 Item 196 – Polyarthrite rhumatoïde

Objectifs de rééducation et principales techniques

- I. Indications
- II. Modalités organisationnelles
- III. Cibles thérapeutiques
- IV. Programme de rééducation
- V. Pronostic de récupération et suivi

Item : 196 Polyarthrite Rhumatoïde			
Rang	Rubrique	Intitulé	Descriptif
B	Épidémiologie, prévalence	Épidémiologie polyarthrite rhumatoïde	Prévalence
B	Éléments physiopathologiques	Physiopathologie polyarthrite rhumatoïde	Concept de maladie multifactorielle
A	Diagnostic positif	Diagnostic positif polyarthrite rhumatoïde	Signes cliniques articulaires et extra-articulaires
A	Examens complémentaires	Examens complémentaires polyarthrite rhumatoïde	Signes biologiques, immunologiques, radiographiques et échographiques
B	Suivi et/ou pronostic	Paramètres d'évaluation de l'activité	Éléments constitutifs du score d'activité
B	Suivi et/ou pronostic	Paramètres du suivi des patients atteints de PR	Éléments du suivi clinique, biologique et radiographique
B	Diagnostic positif	Diagnostic différentiel polyarthrite rhumatoïde	Autres causes de polyarthrites
A	Prise en charge	Connaitre les principes de la prise en charge pharmacologique et non pharmacologique	None
A	Contenu multimédia	Photographie d'une main et d'un pied de polyarthrite rhumatoïde à la phase d'état	PR débutante
B	Contenu multimédia	Radiographie d'une main et d'un avant-pied révélant des érosions et un pincement articulaire	None

A	Contenu multimédia	Photographie de nodules rhumatoïdes du coude	None
B	Examens complémentaires	Connaître l'indication des examens d'imagerie devant une suspicion de polyarthrite rhumatoïde	Radiographies des mains et poignets (face), des pieds (face et trois-quarts), du bassin, des articulations symptomatiques (penser au rachis cervical), du thorax. Echographie pour la détection de l'épanchement articulaire, de la synovite et des érosions osseuses. IRM plus sensible pour détecter érosions et synovite : à réaliser si bilan radiographique et échographie non contributifs

227	découverte d'une anomalie médullaire ou vertébrale à l'examen d'imagerie médicale
228	découverte d'une anomalie osseuse et articulaire à l'examen d'imagerie médicale

35	douleur chronique
36	douleur de la région lombaire

56	raideur articulaire
----	---------------------

65	déformation rachidienne
----	-------------------------

67	douleurs articulaires
----	-----------------------

70	déformation articulaire
71	douleur d'un membre (supérieur ou inférieur)
72	douleur du rachis (cervical, dorsal ou lombaire)

186	syndrome inflammatoire aigu ou chronique
-----	--

203	élévation de la protéine C-réactive (CRP)
-----	---

227	découverte d'une anomalie médullaire ou vertébrale à l'examen d'imagerie médicale
228	découverte d'une anomalie osseuse et articulaire à l'examen d'imagerie médicale
247	prescription d'une rééducation

I Indications

La rééducation est indiquée dans le traitement des polyarthrites rhumatoïdes insuffisamment soulagées par le traitement médicamenteux. Elle peut comprendre l'ergothérapie, la masso-kinésithérapie et l'appareillage. L'éducation portant sur l'usage des médicaments et la modulation des activités en fonction de l'évolutivité de la maladie est quant à elle systématique.

II Modalités organisationnelles

L'ergothérapie et la masso-kinésithérapie sont réalisées en séances individuelles ou collectives, ambulatoires.

III Cibles thérapeutiques

Les cibles de la rééducation sont la douleur, la limitation articulaire, la faiblesse musculaire segmentaire et la limitation fonctionnelle.

IV Programme de rééducation

- **Objectifs et moyens :**
 - diminution de la douleur ;
 - massages prudents compte tenu de la douleur articulaire à la palpation et de la fragilité cutanée ;
 - thermothérapie : application de froid en poussée, application de chaud hors poussée ;
 - orthèses de poignet, de main ou doigts de repos ou de fonction ; orthèses plantaires.
- **Entretien des amplitudes articulaires :**
 - mobilisation articulaire active et passive en secteur fonctionnel ;
 - entretien ou renforcement musculaire ;
 - sollicitation ou renforcement musculaire segmentaire.
- **Amélioration fonctionnelle :**
 - mise en situation requérant manutention et manipulation : activités ludiques, artisanales ;
 - conseil technique pour améliorer la tolérance et l'efficacité du geste ;
 - aides techniques à visée palliative.
- **Commentaires :**
 - en poussée, la rééducation se limite à l'application de froid sur les articulations douloureuses, la mobilisation passive voire l'usage d'orthèse distale de membre supérieur de repos ;
 - hors poussée, les techniques antalgiques sont utiles à la mise en route et à l'initiation des séances de rééducation ;
 - appareillage et aides techniques ne sont pas systématiques. Ils répondent à une difficulté spécifique rencontrée par le patient. Les aides techniques ne sont introduites qu'à titre palliatif afin de restituer une fonction perdue ;
 - le travail musculaire cible les déficiences liées à la sous-utilisation et les muscles s'opposant aux déformations articulaires induites par la maladie. Le travail musculaire isométrique est le mieux toléré ;
 - le travail fonctionnel (appelé « économie articulaire ») vise à améliorer l'efficacité du geste tout en limitant les contraintes allant dans le sens des déformations articulaires induites par la maladie.

V Pronostic de récupération et suivi

L'évolution de la polyarthrite rhumatoïde se fait par poussées entrecoupées d'accalmie. Elle est variable d'un individu à l'autre. Le pronostic fonctionnel de la polyarthrite rhumatoïde dépend de la sévérité de la maladie et de la qualité du contrôle pharmacologique de son activité.

Le suivi tient compte de l'évolution de l'activité de la polyarthrite rhumatoïde, des déficiences et du retentissement fonctionnel. L'indice fonctionnel *health assessment questionnaire* (HAQ) et l'échelle fonctionnelle de la main de Cochin sont proposés à cet effet.