

La Pseudo-polyarthrite Rhizomélique (PPR)



La pseudo-polyarthrite rhizomélique (PPR) est une maladie inflammatoire fréquente chez les personnes de plus de 50 ans. Elle touche principalement les ceintures scapulaire et pelvienne, provoquant des douleurs, des réveils nocturnes, un dérouillage matinal et ± une altération de l'état général.

Le diagnostic est clinique, associé à une CRP élevée*. Il n'existe pas de marqueur spécifique. Les diagnostics différentiels incluent : polyarthrite rhumatoïde à début tardif, spondylarthrite, arthrites microcristallines, maladies auto-immunes, néoplasies, myosites, maladie de Parkinson.

Les signes d'alerte pour une artérite à cellules géantes sont : AEG, fièvre, céphalées, troubles visuels. En cas de doute (ou de redflag sur avis rhumato ou interniste), le TEP-scan présente une excellente sensibilité. On utilise parfois le Doppler des artères temporales et plus rarement aujourd'hui la biopsie.

* **BILAN BIO** complet : NFS CRP EEP CREAT CALC GLY IONO CPK + facteurs rhumatoïdes et AC anti CCP et **RADIOGRAPHIES** des articulations les plus douloureuses



TRAITEMENT

Il repose sur la Prednisone à la dose de 0,2 à 0,3 mg/kg/jour, avec un effet spectaculaire. La durée du traitement étant de 12 à 18 mois, un bilan de comorbidités est nécessaire (cf. fiche dédiée n°8).



Évaluation à 2-4 semaines après le début du traitement. Décroissance progressive : atteindre 10 mg/jour entre la semaine 4 et 8, puis diminuer de 1 mg/mois. Le suivi est clinique et biologique (CRP, score DAS-PPR).

Les inhibiteurs de l'IL-6 peuvent être envisagés en cas de comorbidités majeures ou de corticodépendance (impossibilité de descendre en dessous de 10 mg). Leur usage reste exceptionnel et nécessite un avis collégial.

Les recommandations sont disponibles en accès libre sur PubMed, sur les sites des revues Joint Bone Spine (version anglaise) et Revue du Rhumatisme (version française), ainsi que sur le site de la Société Française de Rhumatologie.