

Traitements non médicamenteux des rhumatismes inflammatoires chroniques

Dr LORENZO CAMPISI³ et Dr EVA BENILLOUCHE³

Rev Med Suisse 2023; 19: 513-6 | DOI : 10.53738/REVMED.2023.19.818.513

Les rhumatismes inflammatoires chroniques sont des maladies fréquentes avec de nombreux traitements médicamenteux à disposition. Toutefois, un nombre significatif de patients conservent des symptômes qui altèrent leur qualité de vie. Il paraît nécessaire de proposer des thérapies complémentaires adaptées à chaque patient en l'impliquant dans sa prise en charge. Nous détaillons ainsi plusieurs axes: la nutrition et la micronutrition, l'activité physique, la prise en charge des comorbidités telles que l'obésité, le tabagisme et la parodontite, ainsi que les thérapies physiques avec la cryothérapie et l'ergothérapie.

Non-pharmacological management for inflammatory rheumatic diseases

Chronic inflammatory arthritis are conditioners with many drug treatments available. However, many patients still suffer from symptoms impairing their quality of life. It seems necessary to propose complementary therapies favoring patients' involvement in their management. We detail several axes: nutrition and micronutrition, physical activity, management of comorbidities such as obesity, smoking and periodontitis as well as physical therapies with cryotherapy and occupational therapy.

INTRODUCTION

Les rhumatismes inflammatoires chroniques (RIC), et notamment la polyarthrite rhumatoïde (PR), ont bénéficié d'importantes avancées pharmacologiques ces vingt dernières années avec le développement de nombreux traitements tels que les biomédicaments. Malgré cela, un grand nombre de patients conservent des symptômes invalidants en lien avec leur maladie, tels que des douleurs articulaires ou de la fatigue, pouvant avoir un impact fonctionnel important sur les activités de la vie quotidienne et professionnelle. Les RIC sont également associés à des comorbidités, notamment cardiovasculaires et osseuses, qu'il convient également de considérer et prendre en charge. Il est donc primordial de trouver des traitements complémentaires et adaptés à chacun à l'ère de la médecine personnalisée. Il importe d'impliquer les patients dans le cadre des maladies chroniques, d'autant qu'ils se tournent également davantage vers des médecines dites « naturelles » et assimilées. Nous proposons ainsi d'indiquer et de détailler de façon non exhaustive plusieurs moyens

thérapeutiques non médicamenteux afin d'améliorer notre prise en charge et conseiller au mieux nos patients, en s'appuyant sur les données scientifiques existantes (figure 1).

HYGIÈNE DE VIE

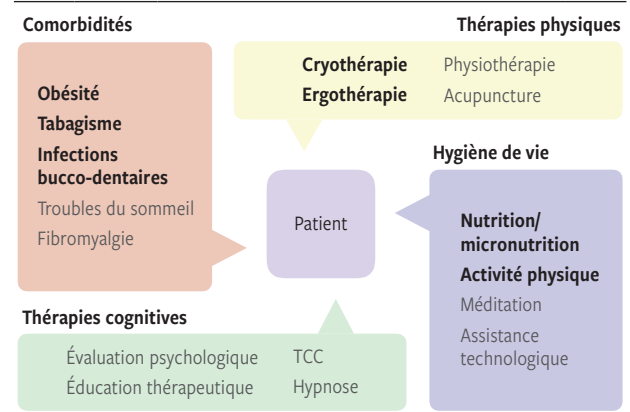
Nutrition

L'alimentation est primordiale au quotidien et beaucoup de patients se questionnent sur les possibilités d'influer sur leur maladie à travers leur nutrition. Ainsi, la Société française de rhumatologie (SFR) a publié, fin 2021,¹ une série de recommandations basées sur une revue de la littérature. Le niveau de preuves étant modéré ou insuffisant, voire nul, ils précisent qu'elles ne doivent pas se substituer au traitement pharmacologique et être proposées en complément. Ils émettent ainsi des recommandations favorables pour une supplémentation en acides gras essentiels polyinsaturés, tels que les omégas 3 et 6, retrouvés respectivement dans les huiles de poissons et les huiles végétales. Une méta-analyse, incluant 1464 patients souffrant d'un RIC, a démontré qu'une supplémentation moyenne en omégas de 2 g/jour pour une durée de 3 à 6 mois avait un effet positif sur l'activité de la maladie (EVA de l'activité globale de la maladie, score d'activité de la PR: DAS28), les douleurs, la raideur matinale, ainsi que les scores fonctionnels (HAQ). Il n'y avait en revanche aucun bénéfice sur

FIG 1		Différentes voies et modalités de prise en charge non médicamenteuse des rhumatismes inflammatoires chroniques
-------	--	--

En gras : les traitements étudiés et détaillés dans l'article; en neutre : ceux qui ne sont pas détaillés.

TCC : thérapie cognitivo-comportementale.



³Service de rhumatologie, Département de l'appareil locomoteur, Centre hospitalier universitaire vaudois, 1011 Lausanne
eva.benillouche@chuv.ch | lorenzo.campisi@chuv.ch

les paramètres inflammatoires biologiques et aucune donnée quant à un effet structurel. Une supplémentation peut ainsi être proposée à visée symptomatique, sous surveillance médicale, car il existe un risque hémorragique en cas de dose élevée ou de supplémentation prolongée. À noter que les omégas sont également reconnus pour leur effet protecteur cardiovasculaire. Un régime méditerranéen serait aussi à privilégier, bien que les études soient de qualité médiocre, car il semble améliorer les symptômes articulaires et possiblement l'activité de la maladie, avec un effet cardiovasculaire là aussi favorable.² Enfin, en cas de surcharge pondérale, une perte de poids est préconisée (cf. ci-après).

Concernant les régimes sans gluten ou sans lactose, de plus en plus suivis dans la population générale pour leurs supposés effets bénéfiques sur la santé, il n'existe actuellement aucune étude randomisée dans les RIC et ils ne peuvent donc pas être recommandés. Au contraire, une supplémentation en calcium a démontré son efficacité dans la prévention de l'ostéoporose et la diminution des risques cardiovasculaires et métaboliques, parlant en défaveur d'une éviction des produits laitiers. Concernant les jeûnes et le régime végétalien, là encore les données sont insuffisantes. Toutefois, il existe des données physiopathologiques en faveur d'un effet anti-inflammatoire et quelques données cliniques anciennes montrant un bénéfice à court terme du jeûne prolongé, mais ne se maintenant pas au décours de la reprise d'une alimentation. D'autres modalités de jeûne, tels que ceux intermittents, n'ont jamais été formellement évaluées.

Micronutrition et phytothérapie

La micronutrition, très sollicitée par certains patients, consiste en une approche médicalisée et personnalisée de la nutrition. Nous avons ainsi listé et détaillé certains nutriments qui pourraient être bénéfiques.

Toujours selon les recommandations de la SFR, il existe quelques données préliminaires intéressantes concernant certaines suppléments du registre de la phytothérapie (safran, cannelle, ail, gingembre, sésamine, concentré de grenade) en faveur d'un effet bénéfique articulaire. Ces résultats, ainsi que les modalités, restent à préciser, les effectifs étant faibles. À noter que les posologies prescrites étaient largement supérieures aux doses utilisées dans la cuisine (gélule concentrée). Les probiotiques pourraient aussi avoir un intérêt, avec une méta-analyse qui démontre une diminution significative du DAS28 et de la CRP, mais avec une grande hétérogénéité et des études négatives qui n'ont pas été incluses, surestimant possiblement leur effet. En revanche, pour la supplémentation en vitamines et oligoéléments, notamment vitamines B9, D, E et K, sélénium et zinc, la littérature à disposition ne permet pas de démontrer d'effets positifs sur l'atteinte articulaire. Elle n'est donc pas recommandée et des études de meilleures qualités sont encore nécessaires.

Certains micronutriments sont réputés pour leurs effets antioxydants. Nous pouvons en citer plusieurs comme le curcuma qui a démontré in vitro des effets anti-inflammatoires via l'inhibition de l'IL-6 et des prostaglandines, mais les quelques études cliniques ne sont pas concluantes. L'*harpagophytum*, communément appelé «griffe du diable», inhibe

quant à lui la synthèse des leucotriènes et du thromboxane A2 proinflammatoire, bloquant ainsi l'activation des protéines NF-kB (facteurs de transcription impliqués, notamment dans la réponse immunitaire), avec un effet démontré sur la réduction des douleurs d'origine arthrosique. La consommation de thé vert a pu également démontrer un effet bénéfique sur l'activité de la maladie et les paramètres inflammatoires.³ Une revue *Cochrane* de 2011 avait aussi démontré un effet antalgique et une amélioration des capacités physiques grâce aux huiles d'onagre, de bourrache ou de pépins de cassis, toutes riches en antioxydants, chez des patients ayant une PR.⁴ Le niveau de preuves étant faible, ils sont à prescrire avec mesure et ne peuvent être recommandés en routine clinique.

Activité physique

L'activité physique (AP) est largement promue dans la population générale par l'OMS en raison des nombreux effets bénéfiques cardiovasculaires, antitumoraux, anti-inflammatoires, ainsi que sur la préservation du capital osseux et des fonctions cognitives. Malheureusement, les patients rhumatisants sont souvent moins actifs que des sujets sains en raison de la fatigue, de douleurs ou de limitations fonctionnelles induites par leur maladie.⁵ Ils ont également un risque augmenté de maladies cardiovasculaires.⁶ Pour ces raisons, l'European Alliance of Associations for Rheumatology⁷ a établi des recommandations sur l'AP, en 2018, avec un niveau de recommandation élevé pour intégrer sa promotion dans les soins standard prodigués aux patients avec un RIC. Elle préconise une combinaison d'exercices alliant des activités aérobies, de résistance, d'assouplissement et de coordination motrice. Plusieurs études ont démontré l'intérêt de l'AP, notamment une revue de la littérature récente,⁸ montrant un effet favorable sur la douleur et la qualité de vie, mais aussi une amélioration de la qualité du sommeil et une baisse de la fatigue. En revanche, il n'y avait pas d'impact sur la CRP et le profil cytokinique. De manière intéressante, l'exercice pratiqué au domicile avait une efficacité similaire à celui effectué en centre avec des professionnels.⁹ Il existe aussi quelques données favorables sur la pratique de yoga et du qi gong. En Suisse, plusieurs plateformes et structures où les patients peuvent être adressés existent (**tableau 1**).

COMORBIDITÉS

Obésité

Une revue de la littérature s'intéressant à l'impact de l'obésité sur l'activité et la réponse thérapeutique des patients avec une PR a été réalisée en 2020.¹⁰ L'obésité est associée à une moins bonne réponse pharmacologique, à une rémission ou à une faible activité de la maladie moins souvent atteinte et à des seuils douloureux plus élevés, comparativement aux patients non obèses. Il est également constaté plus fré-

	TABLEAU 1	Liens utiles pour la promotion de l'activité physique
--	-----------	---

- Cours Pas-à-Pas proposés par le service d'Unisanté (www.pas-a-pas.ch/)
- Cours proposés par la Ligue suisse contre le rhumatisme (www.ligues-rhumatisme.ch/offres/cours)
- <https://rheumafit.ch>
- www.paprica.ch

TABLEAU 2 Facteurs de risque de parodontite

- Âge ≥ 40 ans
- Antécédents familiaux de parodontite
- Susceptibilité aux infections
- Tabagisme
- Diabète
- Stress

quemment la persistance d'un syndrome inflammatoire biologique.

Ces données doivent aider à prendre en charge l'obésité pour améliorer l'efficacité de nos traitements et éviter une escalade thérapeutique. Pour appuyer cette attitude, des études évaluant les effets de la chirurgie bariatrique ont été conduites, confirmant son impact positif. Une étude prospective chinoise,¹¹ réalisée chez des patients obèses (IMC: 38 kg/m²) avec une PR, a mis en évidence une diminution significative de l'ensemble des scores d'activité à 6 mois dans le groupe de patients ayant bénéficié d'une intervention chirurgicale (bypass ou sleeve), avec même une désescalade pharmacologique après un an de suivi, par rapport au groupe contrôle.

Tabagisme

Le tabagisme est un facteur de risque reconnu dans le développement de la PR et fait partie des critères de mauvais pronostic, en raison de rhumatismes plus sévères. L'impact du sevrage tabagique a ainsi été analysé et les études confirment une moindre sévérité des scores d'activité par rapport aux patients toujours fumeurs, avec davantage de patients atteignant, de manière significative, l'objectif de faible activité ou de rémission clinique.¹² De même, une étude prospective confirme ces résultats, avec une diminution significative du nombre de synovites dès un an de sevrage comparé aux patients ayant continué de fumer.¹³ Ainsi, la présence d'une PR est un argument supplémentaire pour proposer un sevrage tabagique aux patients fumeurs.

Infections bucco-dentaires

La parodontite (maladie chronique inflammatoire buccale détruisant progressivement le tissu de soutien des dents) est associée au risque de développement d'une PR (tableau 2). La prise en charge de cette infection a été évaluée au cours d'une étude contrôlée et randomisée, comparant un traitement interventionnel standard de cette infection dentaire (détartrage et surfaçage radiculaire) à un groupe contrôle. À 6 mois du traitement, une diminution significative des scores d'activité ainsi que de la CRP était observée. De façon intéressante, des conseils d'hygiène bucco-dentaire avaient été prodigués à l'ensemble des patients de l'étude, et il a pu être observé une tendance à une amélioration également dans le groupe contrôle.¹⁴ L'inflammation bucco-dentaire chronique pourrait donc influencer sur l'activité de nos rhumatismes.

THÉRAPIES PHYSIQUES

Cryothérapie

Parmi les thérapies physiques, la cryothérapie s'est largement développée, notamment dans le milieu sportif. Une petite étude réalisée dans la PR est en faveur d'un effet antalgique significatif qui a permis une réduction des traitements analgésiques chez près de 60% des patients à 12 semaines de suivi.¹⁵ Les auteurs ont également observé une diminution significative des taux de TNF et d'IL-6 (molécules pro-inflammatoires) suggérant un probable effet anti-inflammatoire du froid, préalablement déjà décrit dans un modèle murin.¹⁶

Ergothérapie

Les possibilités thérapeutiques offertes par cette discipline sont très larges et contribuent à l'antalgie, à l'amélioration des fonctions articulaires et psychiques, et à l'adaptation fonctionnelles selon le niveau de handicap, afin d'améliorer la qualité de vie. Pour ce faire, de nombreux bilans d'évaluation existent pour préciser le plan de traitement. Celui-ci pourra notamment comprendre différents types d'aides techniques afin de compenser les déficits fonctionnels ou proposer de l'économie articulaire, ou encore des orthèses de repos, de fonction, de correction ou encore, selon les besoins, de stabilisation et d'immobilisation.¹⁷

CONCLUSION

Il existe plusieurs thérapies non médicamenteuses pouvant être proposées dans le traitement des RIC, en rappelant que le niveau de preuves et d'évidences reste parfois encore faible. Ces traitements doivent donc être adaptés au patient, toujours en complément du traitement médicamenteux. Davantage d'études sont nécessaires pour valider les données positives actuelles. Un agenda de recherche a été établi par les sociétés savantes pour répondre aux nombreuses questions qui subsistent, notamment dans le domaine de l'alimentation et de l'AP.

Conflit d'intérêts: Les auteurs n'ont déclaré aucun conflit d'intérêts en relation avec cet article.

IMPLICATIONS PRATIQUES

- Il existe un intérêt pour une supplémentation en acides gras essentiels polyinsaturés oméga 3 et 6, le régime méditerranéen et les antioxydants, qui reste à confirmer
- La prise en charge des comorbidités (obésité, tabagisme, infections bucco-dentaires) est primordiale
- L'activité physique doit être régulièrement promue et adaptée à chaque patient
- Les thérapies physiques (ergothérapie, physiothérapie, cryothérapie) doivent être systématiquement considérées

1 **Daïen C, Czernichow S, Letarouilly JG, et al. Recommandations de la Société française de rhumatologie sur l'alimentation des patients ayant un rhumatisme inflammatoire chronique.

Rev Rhum. 2022 Mar;89(2):116-27.

2 Estruch R, Ros E, Salas-Salvadó J, et al. Primary Prevention of Cardiovascular Disease with a Mediterranean Diet Supplemented with Extra-Virgin Olive Oil

or Nuts. N Engl J Med. 2018 Jun 21;378(25):e34.

3 Alghadir AH, Gabr SA, Al-Eisa ES. Green tea and exercise interventions as nondrug remedies in geriatric patients

with rheumatoid arthritis. J Phys Ther Sci. 2016 Oct;28(10):2820-9.

4 Cameron M, Gagnier JJ, Chrusbasik S. Herbal therapy for treating rheumatoid arthritis. Cochrane Database Syst Rev.

- 2011 Feb 16;(2):CD002948.
- 5 Sokka T, Häkkinen A, Kautiainen H, et al. Physical inactivity in patients with rheumatoid arthritis: data from twenty-one countries in a cross-sectional, international study. *Arthritis Rheum.* 2008 Jan 15;59(1):42-50.
- 6 Mason JC, Libby P. Cardiovascular disease in patients with chronic inflammation: mechanisms underlying premature cardiovascular events in rheumatologic conditions. *Eur Heart J.* 2015 Feb 21;36(8):482-9c.
- 7 **Rausch Osthoff AK, Niedermann K, Braun J, et al. 2018 EULAR recommendations for physical activity in people with inflammatory arthritis and osteoarthritis. *Ann Rheum Dis.* 2018 Sep;77(9):1251-60.
- 8 *Baillet A, Soulard J, Gastaldi R, Baillieux S. Activité physique au cours des rhumatismes inflammatoires. *Rev Rhum Mono.* 2021;88(3):187-93.
- 9 O'Brien CM, Duda JL, Kitas GD, et al. Autonomous motivation to reduce sedentary behaviour is associated with less sedentary time and improved health outcomes in rheumatoid arthritis: a longitudinal study. *BMC Rheumatol.* 2022 Oct 10;6(1):58.
- 10 Poudel D, George MD, Baker JF. The Impact of Obesity on Disease Activity and Treatment Response in Rheumatoid Arthritis. *Curr Rheumatol Rep.* 2020 Aug 1;22(9):56.
- 11 Xu F, Yu C, Li DG, et al. The outcomes of bariatric surgery on rheumatoid arthritis disease activity: a prospective cohort study. *Sci Rep.* 2020 Feb 21;10(1):3167.
- 12 Roelsgaard IK, Ikdahl E, Rollefstad S, et al. Smoking cessation is associated with lower disease activity and predicts cardiovascular risk reduction in rheumatoid arthritis patients. *Rheumatology (Oxford).* 2020 Aug 1;59(8):1997-2004.
- 13 Alfredsson L, Klareskog L, Hedsström AK. Influence of Smoking on Disease Activity and Quality of Life in Patients with Rheumatoid Arthritis: Results from a Swedish Case-Control Study with Longitudinal Follow-Up. *Arthritis Care Res.* 2022. (Consulté le 28 octobre 2022). Disponible sur : <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1002/acr.25026>
- 14 Nguyen VB, Nguyen TT, Huynh NCN, et al. Effects of non-surgical periodontal treatment in rheumatoid arthritis patients: A randomized clinical trial. *Dent Med Probl.* 2021 Jan-Mar;58(1):97-105.
- 15 Klemm P, Hoffmann J, Asendorf T, et al. Whole-body cryotherapy for the treatment of rheumatoid arthritis: a monocentric, single-blinded, randomised controlled trial. *Clin Exp Rheumatol.* 2022 Nov;40(11):2133-40.
- 16 Guillot X, Martin H, Seguin-Py S, et al. Local cryotherapy improves adjuvant-induced arthritis through down-regulation of IL-6 / IL-17 pathway but independently of TNF α . *PLoS One.* 2017 Jul 31;12(7):e0178668.
- 17 Steultjens EMJ, Dekker J, Bouter LM, et al. Occupational therapy for rheumatoid arthritis: a systematic review. *Arthritis Rheum.* 2002 Dec 15;47(6):672-85.

* à lire

** à lire absolument