

FICHE CONSEIL

Infections et rhumatismes inflammatoires chroniques

UNE INFECTION : QU'EST-CE QUE C'EST ?

Une infection résulte de la multiplication anormale dans notre corps d'un germe : bactérie, virus, champignon ou parasite. Elle apparaît généralement suite à l'effraction de la barrière "peau-muqueuses" par un agent pathogène, donc potentiellement infectieux, provenant de l'environnement. Cette barrière est elle-même composée de germes, hôtes protecteurs que notre organisme héberge naturellement au sein de la flore commensale ou microbiote. Certains facteurs peuvent entraîner un déséquilibre de cette flore, ce qui peut également aboutir à une infection (mycoses cutanées, vaginales, digestives par exemple).

POURQUOI LE RISQUE INFECTIEUX EST-IL AUGMENTÉ QUAND ON A UNE PR OU UN AUTRE RHUMATISME INFLAMMATOIRE CHRONIQUE ?

Le risque infectieux est 2 à 4 fois plus élevé chez les patients atteints de polyarthrite rhumatoïde (PR) que dans la population générale. La fréquence accrue des infections est d'abord liée à la maladie elle-même et aux désordres immunologiques qui accompagnent la réaction auto-immune. Les corticoïdes, de même que les traitements de fond (synthétiques et biologiques), amplifient ce risque infectieux car leur mode d'action implique un effet immunosuppresseur. Certains comportements, facteurs d'environnement ou comorbidités (tabagisme, alcoolisme, diabète) augmentent encore ce risque, ainsi que les atteintes extra-articulaires, touchant le poumon en particulier.

EN QUOI LES INFECTIONS REPRÉSENTENT-ELLES UN DANGER ?

L'agressivité intrinsèque du germe détermine en partie seulement la sévérité d'une infection. C'est l'étendue de celle-ci qui en est le critère principal : le fait qu'une infection locale se généralise en fait toute la gravité. C'est pourquoi il faut absolument éviter que les germes d'une infection locale ne passent dans la circulation sanguine et ne provoquent une infection cardiaque ou une septicémie, infection généralisée dangereuse et difficile à traiter. Avec les pathologies cardiovasculaires, les infections bactériennes sévères sont les principales causes de mortalité liée à la PR.

QUELLES SONT LES INFECTIONS LES PLUS FRÉQUENTES ?

Ce sont principalement **les infections respiratoires** (bronchites, pneumonies), **urinaires** (cystites, pyélonéphrites) et **cutanées**. Les infections ostéo-articulaires sont de moins en moins fréquentes car l'avènement des biothérapies a réduit les déformations articulaires, donc les gestes de chirurgie orthopédique et leurs complications infectieuses.

QUELS SONT LES TRAITEMENTS À RISQUES ?

Le risque d'infection pulmonaire augmente avec des doses croissantes de **corticoïdes** ; toute dose supérieure à 10 mg/jour d'équivalent prednisonne (Cortancyl®) est considérée comme immunosuppressive. En revanche, le risque infectieux lié au seul **méthotrexate** est limité. En cas d'infection bactérienne simple (infection urinaire, cutanée, sinusite, bronchite) traitée par antibiotique oral, ou d'infection virale non compliquée (herpès par exemple), il est inutile d'arrêter le méthotrexate. En cas d'infection bactérienne (pneumococcie) ou virale (zona) sévère, justifiant une hospitalisation ou un traitement lourd, il sera arrêté jusqu'à disparition de l'infection.

Le risque d'infection sous **anti-TNF alpha** est particulièrement élevé au cours des premiers mois de traitement, puis diminue avec l'amélioration de l'état général du patient et l'arrêt des corticoïdes. Le risque de tuberculose pulmonaire et extra-pulmonaire est plus élevé sous biomédicament, ce qui justifie le dépistage de tuberculose latente (QuantIFERON®) dans le bilan pré-biomédicament. De même, les mycoses localisées et profondes sont plus fréquentes sous anti-TNF alpha que sous méthotrexate seul. Dans ce cas, comme dans les infections urinaires et autres infections bactériennes, l'anti-TNF sera arrêté.

Concernant **les biomédicaments plus récents**, les données de la littérature sont encore parcellaires, aussi les mêmes mesures de précaution qu'avec les anti-TNF alpha sont actuellement appliquées.

COMMENT RÉDUIRE LE RISQUE INFECTIEUX ?

→ En évaluant ce risque avant la mise en route d'un traitement immunosuppresseur

Avant la mise en route de tout traitement de fond synthétique ou biologique, votre rhumatologue recherchera une éventuelle infection en cours. Il fera également un point avec vous sur vos antécédents d'infection chronique ou récidivante (tuberculose, hépatites B ou C...), de pathologie sous-jacente prédisposant aux infections graves (hypogammaglobulinémie, VIH), vos séjours en zone tropicale...

Enfin, il évaluera vos facteurs de risque infectieux : diabète, tabagisme, alcoolisme, corticothérapie, présence de prothèses articulaires ou valvulaires ou de tout autre matériel.

Il prendra, si nécessaire, l'avis d'un infectiologue pour prendre sa décision.

À l'issue de ce bilan, certains traitements de fond peuvent être strictement contre-indiqués. En cas d'infection, un traitement antibiotique ou antiviral sera prescrit afin de pouvoir mettre en route ultérieurement le traitement de fond du rhumatisme inflammatoire chronique, avec une surveillance du risque de récurrence de l'infection. Enfin, afin de vous protéger contre certaines infections, le rhumatologue fera un point avec vous concernant vos vaccinations et vous proposera une mise à jour de celles-ci (*voir notre article "Vaccination et maladies auto-immunes" page 22*) avant de mettre en route le traitement de fond car les vaccins vivants atténués (BCG, fièvre jaune) seront strictement contre-indiqués après, ou nécessiteront plusieurs mois d'interruption du traitement de fond.

→ En appliquant des mesures de prévention

La réduction des facteurs de risque implique un traitement efficace du diabète, un sevrage tabagique et/ou alcoolique.



FICHE CONSEIL

La mortalité liée aux infections broncho-pulmonaires dans la PR étant élevée, **la vaccination annuelle contre la grippe** est fortement recommandée, de même que celle **contre le pneumocoque**.

Chez la femme, une visite annuelle chez le gynécologue permet de surveiller l'apparition des infections à papillomavirus (HPV).

En cas de **chirurgie**, le méthotrexate ne sera pas arrêté systématiquement. La décision sera discutée entre le rhumatologue et le chirurgien, avec mise en place si nécessaire d'un traitement antibiotique préventif (antibioprophylaxie).

En revanche, le risque infectieux chez les patients sous anti-TNF alpha qui se font opérer augmente dans certaines circonstances. En cas de chirurgie programmée, selon différents critères (la molécule, la sévérité de l'affection rhumatologique et son contrôle par le traitement, le risque lié à la chirurgie, au patient), un délai d'arrêt du traitement de 2 à 10 semaines sera préconisé. La reprise de l'anti-TNF ne sera autorisée qu'après cicatrisation complète et en l'absence d'infection.

Une bonne **hygiène bucco-dentaire** et des soins réguliers sont recommandés. Des soins lourds peuvent être proposés avant l'instauration du traitement. Les soins dentaires usuels et la pose d'implants ne nécessitent pas d'interruption du méthotrexate ni des anti-TNF. Concernant les extractions et soins de granulome dentaire et d'abcès, seuls les anti-TNF doivent être interrompus. Dans tous les cas, une antibioprophylaxie est cependant préférable, n'oubliez pas d'en parler à votre dentiste !

En cas de **brûlure simple ou de fracture**, le méthotrexate et les anti-TNF alpha peuvent être poursuivis. Il faudra cependant veiller à ce que la brûlure ne se surinfecte pas, grâce à des soins locaux. En cas de brûlure sévère ou étendue, les anti-TNF seront interrompus jusqu'à cicatrisation.



La meilleure des mesures préventives, c'est de bien se connaître, de bien s'observer soi-même et d'agir en conséquence !

- Je me sens fébrile ? Je confirme au thermomètre et je cours chez le médecin, ça ne passera pas tout seul !
- J'ai un ongle qui a tendance à s'incarner ? Je vais chez le pédicure !
- Je sors le soir et il risque d'y avoir des moustiques ? J'amène ma bombe répulsive !
- Je mets des chaussures neuves ? Je prends dans mon sac des pansements hydrocolloïdes. Ainsi dès le premier point de friction, j'évite l'ampoule.
- En évitant à la moindre petite lésion de s'infecter, j'évite le risque d'une infection bien plus importante.

Quelques mesures de bon sens...

- Se laver correctement les mains fréquemment : dès que l'on rentre chez soi, après avoir été aux toilettes, avant de toucher des aliments...
- Ne pas embrasser une personne malade
- Tousser, éternuer et se moucher dans des mouchoirs à usage unique
- Être vigilant sur la conservation des aliments (attention à bien laver à chaque fois la planche à découper)

→ En repérant les infections

Pas de panique en cas de mal de ventre, de mal de tête ou de rhume banal ! Si cet épisode n'est pas accompagné de fièvre et dure moins de 24 heures, le traitement de fond doit être continué normalement.

Les infections symptomatiques sont relativement faciles à repérer : toux, difficultés à respirer, brûlures en urinant, éruptions cutanées, lésions cutanées douloureuses et purulentes, herpès labial ou génital, réapparition brutale de douleurs articulaires...

Une fièvre supérieure à 38°C signe la sévérité d'une infection. Cependant, certaines infections urinaires ne s'accompagnent pas de fièvre et un ECBU doit être réalisé dès le moindre doute : urines malodorantes, anormalement fréquentes ou contenant du sang.

Si la fièvre s'accompagne de frissons et d'asthénie, il peut s'agir d'une infection grave nécessitant une hospitalisation en urgence, n'hésitez pas à contacter rapidement un médecin ou à appeler le 15.

Dans le bilan sanguin, en-dehors de tout contexte inflammatoire, l'augmentation de la CRP et des leucocytes (globules blancs), plus particulièrement des polynucléaires neutrophiles, peuvent également évoquer une infection, de même qu'un amaigrissement ou une fatigue inexplicables.

→ En traitant les infections

L'infection sera traitée selon la nature du germe par antibiotique, antifongique ou antiviral, par voie locale, orale ou injectable en fonction de la sévérité de celle-ci. Dans tous les cas, les anti-TNF alpha ne seront réintroduits qu'après guérison complète de l'infection, après au moins 8 jours d'arrêt du traitement anti-infectieux. La réapparition des symptômes peut parfois poser la question de l'arrêt définitif du biomédicament en cours, avec le plus souvent proposition d'une nouvelle molécule.

EN CONCLUSION : *connais-toi toi-même !*

Le risque infectieux est plus élevé quand on est atteint d'un rhumatisme inflammatoire chronique que dans la population générale. Mais ce risque peut être réduit grâce au médecin, et surtout grâce au malade lui-même qui, en apprenant à se connaître, peut prévenir la survenue ou l'extension des infections.

Ainsi, la tolérance aux traitements de fond sera améliorée, les périodes d'interruption réduites et leur efficacité bien meilleure !

Rédaction : Irène Pico

Avec l'aimable relecture du Docteur Anne Galinier, rhumatologue à l'Assistance Publique Hôpitaux de Marseille

Sources : Franklin J et al. Ann Rheum Dis 2007;66:308-12 / www.cri-net.com