



Décembre 2005

LA POLYARTHRITE RHUMATOÏDE ET LE MEMBRE SUPERIEUR

CLASSIFICATIONS

C. DOS REMEDIOS

DIU européen de chirurgie de la main et des nerfs périphériques

Apports des classifications

- 1. Suivi évolutif de la maladie**
- 2. Choix des indications chirurgicales**
- 3. Comparaisons des résultats**

- 1. Diagnostique**
- 2. Fonctionnelle**
- 3. Radiologique**
- 4. Radioclinique**
- 5. Niveau d'activité de la maladie**

- 1. Classification diagnostique**
- 2. Classification fonctionnelle**
- 3. Classification radiologique**
- 4. Classification radioclinique**
- 5. Classification du niveau d'activité de la maladie**

American Rheumatism Association

- 1. Raideur articulaire matinale**
- 2. Gonflement des parties molles**
- 3. Gonflement d'au moins une articulation de la main ou du poignet**
- 4. Atteinte articulaire simultanée symétrique ou atteinte bilatérale**
- 5. Atteinte radiologique typique de PR des mains et des poignets**
- 6. Nodules rhumatoïdes sous cutanés**
- 7. Sérologie rhumatoïde positive**

Les critères 1 à 4 doivent être présent depuis au moins six semaines.

Nombres de critères nécessaires = 4

- 1. Classification diagnostique**
- 2. Classification fonctionnelle**
- 3. Classification radiologique**
- 4. Classification radioclinique**
- 5. Classification du niveau d'activité de la maladie**

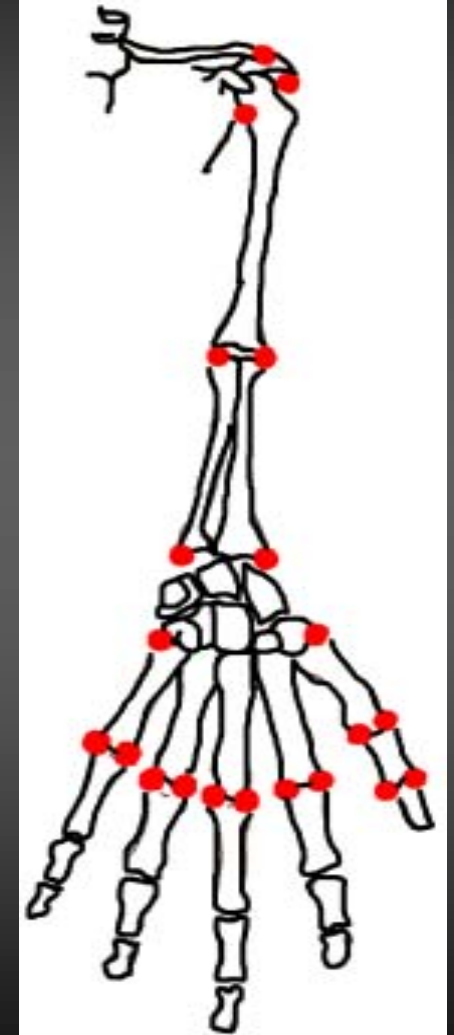
Classification de Steinbrocker

<u>Classe</u>	<u>Définition</u>
I	Le patient peut vaquer à ses occupations habituelles sans aucune limitation
II	Le patient à une activité normale malgré un certain handicap (douleur ou limitation des mouvements)
III	Le patient à une impotence fonctionnelle importante avec réduction nette de son activité, mais lui permettant encore quelques occupations et lui laissant une certaine autonomie
IV	Le patient à une impotence fonctionnelle totale ou subtotale. Il est confiné au lit ou cloué à son fauteuil. Il ne peut se passer de la d'une tierce personne

- 1. Classification diagnostique**
- 2. Classification fonctionnelle**
- 3. Classification radiologique**
- 4. Classification radioclinique**
- 5. Classification du niveau d'activité de la maladie**

Classifications générales

1. Steinbrocker
2. Larsen



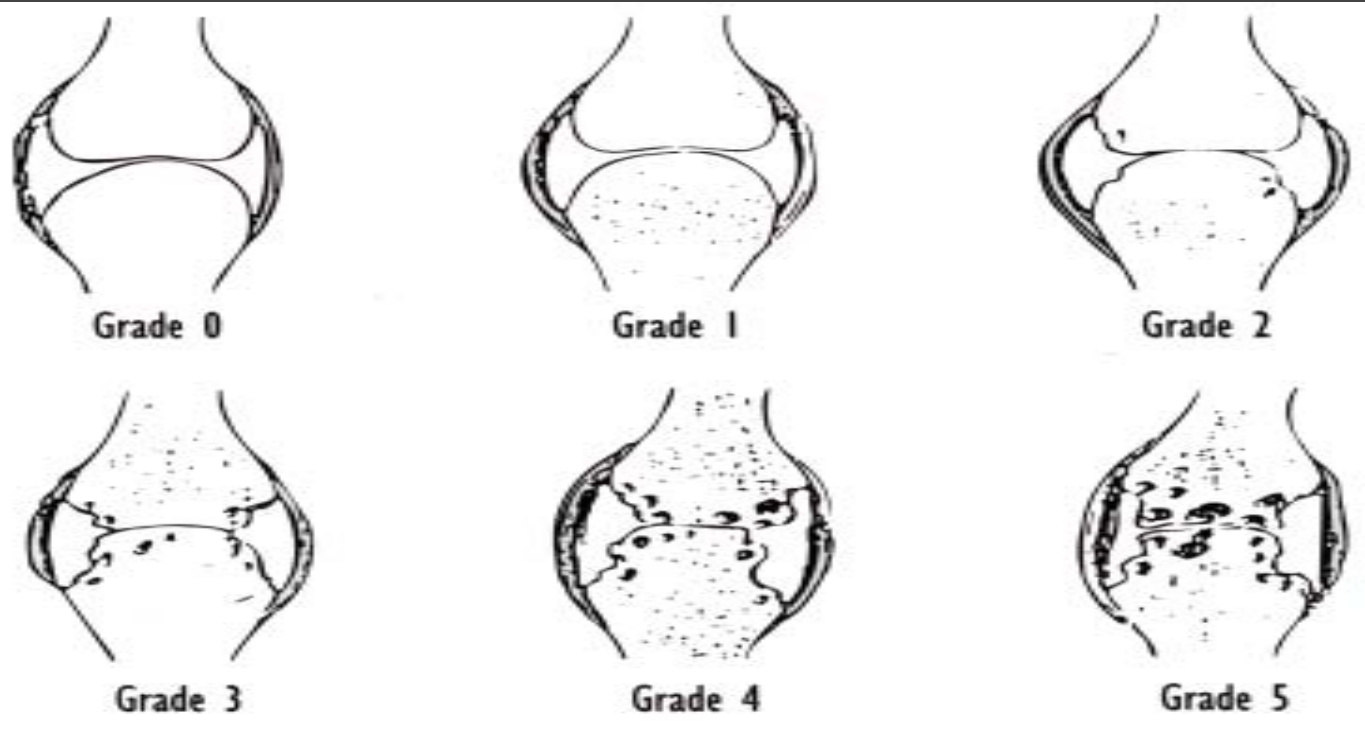
Classification de Steinbrocker (1949)

	Radiologie	Atrophie musculaire	Nodule Ténosynovite	Déformation	Ankylose
Stade 1	Présence d'ostéoporose sans érosion	0	0	0	0
Stade 2	Présence d'ostéoporose avec érosions cartilagineuses minimales	Limitée	Parfois	0	0
Stade 3	Destruction ostéo-articulaire	Étendue	Parfois	Subluxation, déviation cubitale et/ou hyperpression	0
Stade 4	Stade 3 + ankylose osseuse	Étendue	Parfois	Comme 3	Ankylose fibreuse

Classification de Larsen (1974)

Grade 0	Pas de lésion articulaire
Grade 1	Lésions minimales. Une ou plusieurs lésions : œdème des parties molles, déminéralisation, léger pincement articulaire
Grade 2	Lésions avérées. Erosions marginales + pincement articulaire mineur. Pas d'érosion au niveau des surfaces articulaires portantes
Grade 3	Lésions destructrices moyennes. Erosions + pincement articulaire modéré. Erosions présentes dans toutes les articulations
Grade 4	Lésions destructrices sévères. Erosions + pincement articulaire majeur. Déformations présentes en regard des articulations portantes
Grade 5	Lésions mutilantes. Disparition des surfaces articulaires. Déformation osseuse importante.

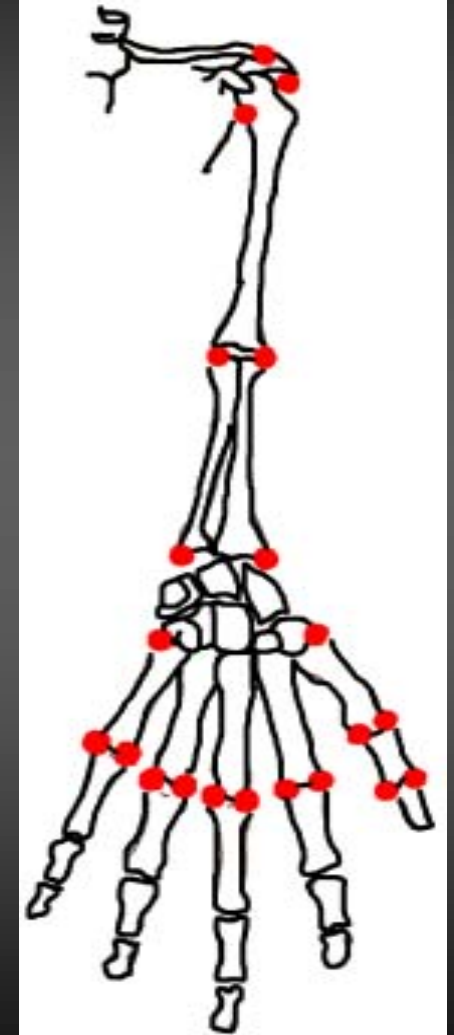
Classification de Larsen (1974)



- 1. Classification diagnostique**
- 2. Classification fonctionnelle**
- 3. Classification radiologique**
- 4. Classification radioclinique**
- 5. Classification du niveau d'activité de la maladie**

Classifications générales

1. Luch

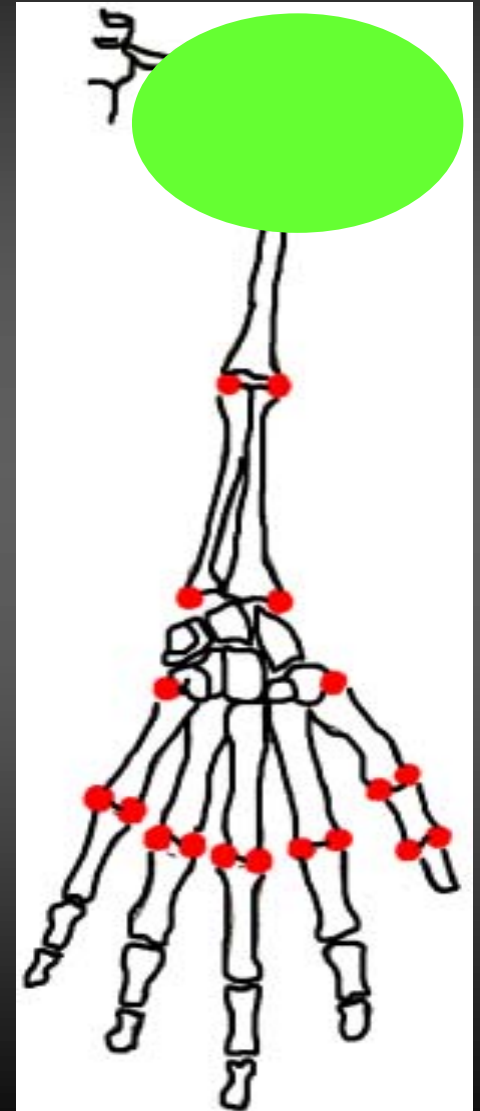


Classification de Luch (1996)

Type 1	Arthrose
Type 2	Luxation
Type 3	Ankylose
Type 4	Ostéolyse
Type 5	Forme mixte

Classifications à l'épaule

- 1. Neer**
- 2. Mansat**
- 3. Indice de Constant**
- 4. Levigne et Franceschi**
 - **Formes ascendante A**
 - **centrée C**
 - **destructrice D**



Classification de Neer

Forme “sèche”	Pincement de l’interligne articulaire, sclérose
Forme “humide”	Synovite hypertrophique, érosions marginales
Forme “résorbante”	Résorption osseuse

Classification de Mansat

Stade I	Synovite pure
Stade II	Atteinte d'un élément articulaire (cartilage, os, subluxation)
Stade III	Au moins 2 des 3 critères: pincement, érosion, subluxation
Stade IV	Destruction complète de l'articulation (ankylose, ostéolyse totale, luxation)

Score de constant (100 points)

Douleur (0 à 15 points)

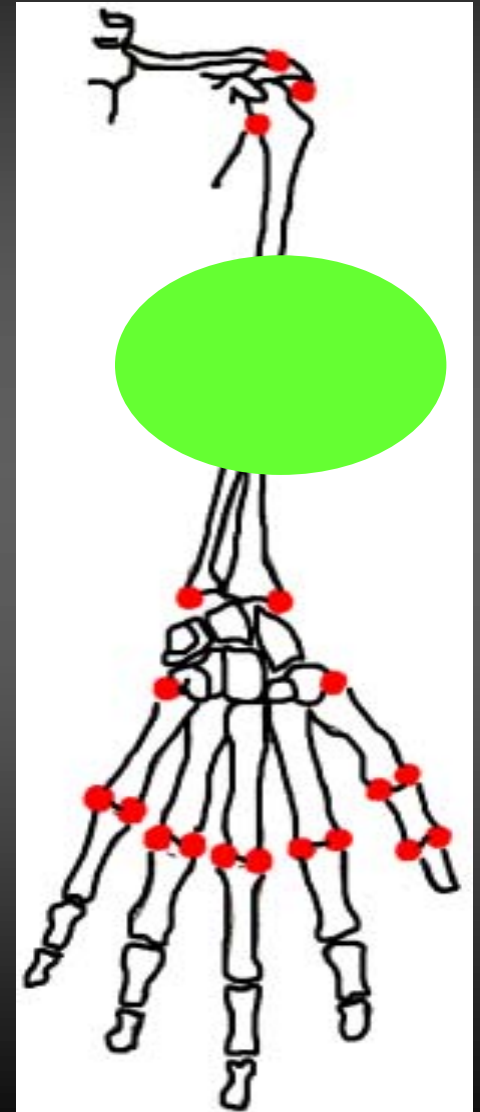
Niveau d'activité (0 à 20 points)

Mobilité active (0 à 40 points)

Force musculaire (0 à 25 points)

Classifications au coude

1. Morrey
2. Allieu



Classification de Morrey

Grade 1 Simple ostéoporose (synovite)

Grade 2 Pincement articulaire, sans modification de l'architecture articulaire

Grade 3 Altération de l'architecture articulaire
(amincissement olécrâne, résorption trochlée ou capitellum)

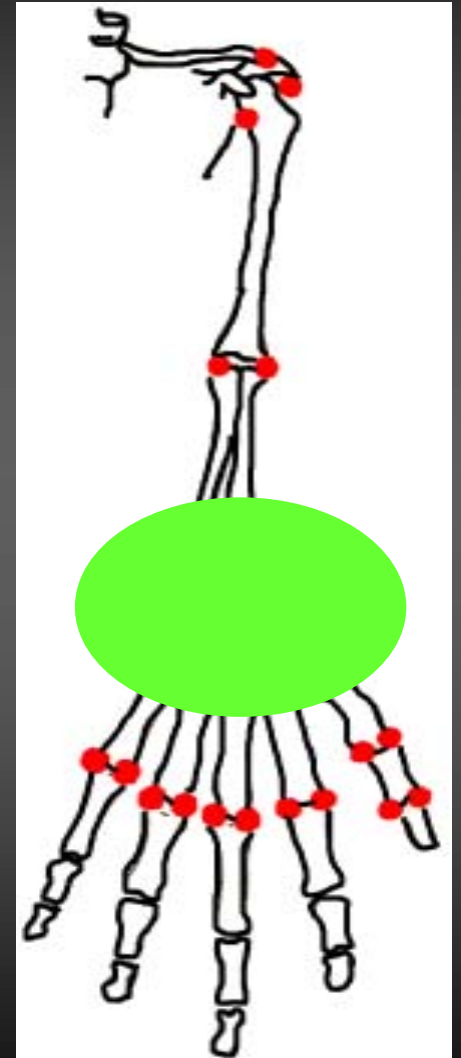
Grade 4 Destruction articulaire importante et/ou fracture spontanée

Classification d'Allieu

Type I	Perte de substance articulaire partielle
Type II A	Perte de substance articulaire totale empiétant sur la fossette olécrânienne et respectant les piliers
Type IIB	Perte de substance articulaire totale intéressant toute la fossette olécrânienne et respectant les piliers.
Type IIIA	Perte de substance osseuse d'un des deux piliers
Type IIIB	Perte de substance osseuse des deux piliers

Classifications au poignet

1. Hodgson
2. Larsen modifiée Bichat
3. Simmen



Classification de Hodgson (1989)

Type 1	Légère instabilité en flexion du scaphoïde. Erosions et déminéralisation articulaire. Début de kyste intra-osseux
Type 2	Déplacement ulnaire. Flexion du lunatum. Importante flexion du scaphoïde. Détérioration de l'articulation radiolunaire
Type 3	Détérioration de l'articulation médiocarpienne. Destruction de l'articulation radioscapoïdienne. Subluxation antérieure du carpe.
Type 4	Destruction de l'extrémité distale du radius, notamment au niveau de l'articulation radiolunaire

Classification de Larsen modifiée Bichat (1992)

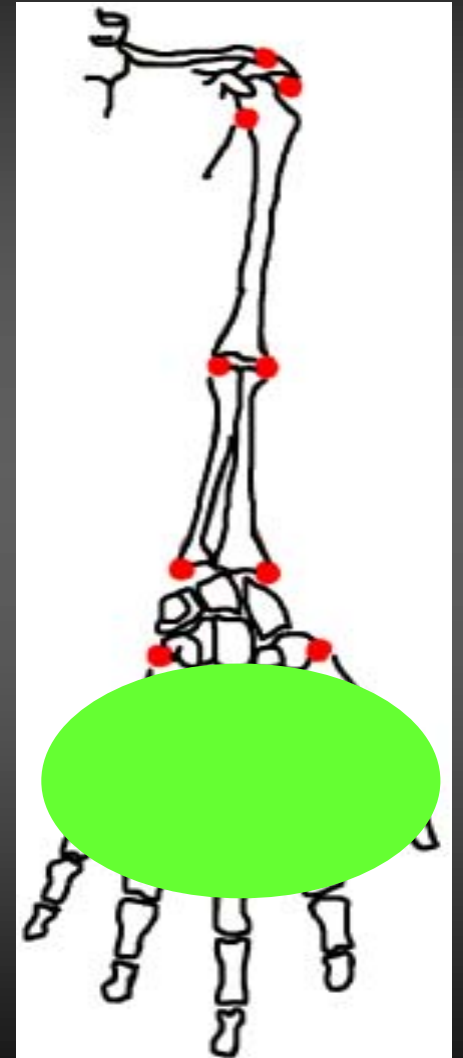
Stade 0	Pas de modification radiologique visible
Stade I	Gonflement articulaire des parties molles Déminéralisation Pincement debutant de l'interligne
Stade II	Pincement minimum des interlignes. Erosions marginales. Carpite avec instabilité intracarpienne. Tendance à l'inclinaison radiale. Radio-ulnaire distale subluxée ou luxée
Stade III	Pincements articulaires nets sans disparition des interlignes. Carpite radiocarpienne et médiocarpienne avec géodes. Instabilité dans le plan frontal (glissement ulnaire et inclinaison radiale) mais pas ou peu d'instabilité sagittale. Luxation radio-ulnaire distale
Stade IV	Disparition d'un ou plusieurs interlignes radiocarpiens ou médiocarpiens. Luxation radio-ulnaire distale Stade IVa = forme instable (plan frontal =+++ et degrés d'importance croissante dans le plan sagittal) Stade IVb =forme stable soit par fusion spontanée radio-lunaire soit par impaction du scaphoïde dans le radius
Stade V	Disparition de tous les interlignes avec destruction articulaire Luxation radio-ulnaire distale Va =forme instable avec dislocation Vb=forme stable avec fusion spontanée radiocarpienne

Classification de Simmen (1992)

Type 1	Forme ankylosante
Type 2	Forme arthrosique
Type 3	Forme déstabilisante

Classifications à la main

1. Nalebuff et Millender
2. Larsen modifiée Bichat
3. Simmen

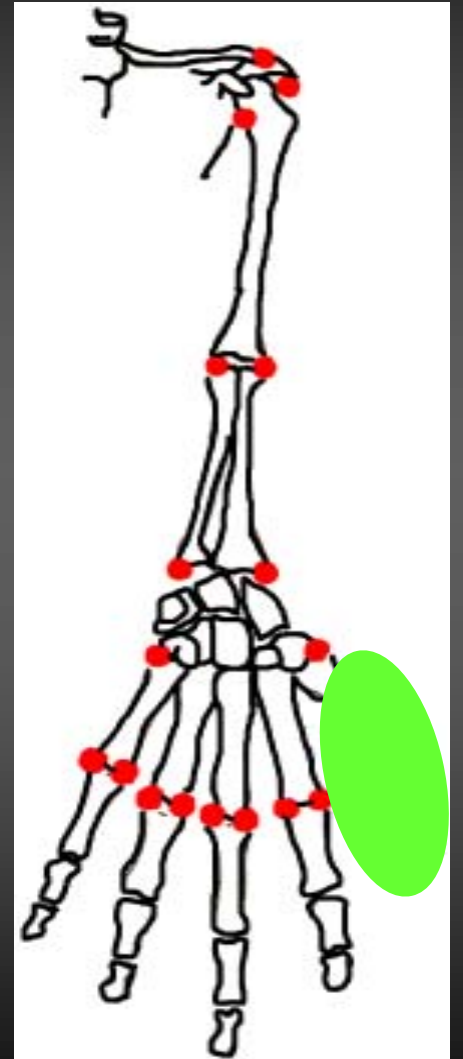


Classification de Nalebuff et Millender (1975)

Stade 1	Synovite
Stade 2	Pincement articulaire avec érosion osseuse
Stade 3	Destruction articulaire modérée : subluxation palmaire de P1, déviation ulnaire
Stade 4	Destruction articulaire sévère: déformation articulaire, perte de la fonction

Classifications au pouce

1. **Ratliff (1971)**
2. **Nalebuff (1984)**
3. **Alnot (1987)**



Classification de Ratliff (1971)

Stade I	Pouce en "Z"
Stade II	Pouce instable
Stade III	Pouce adductus
Stade IV	Secondaire à une rupture tendineuse du long extenseur ou fléchisseur

Classification de Nalebuff (1984)

Type I	Déformation en boutonnière: pouce en “Z” Stade I: Déformation réductible. Flexion IP possible Stade II: Déformation irréductible. MP en flexion et IP en hyperextension
Type II	Association pouce Adductus et boutonnière
Type III	Pouce en col de cygne. Adductus et hyperextension MP
Type IV	MP en abduction
Type V	Hyperextension MP
Type VI	Destruction osseuse et pouce instable

Classification du pouce en Z selon Alnot (1987)

Stade I	Le flexum MP est réductible avec à partir de la position d'extension passive une flexion-extension normale de l'IP. Le bilan radiographique ne montre que peu ou pas de lésions.
Stade II	Le flexum MP est réductible avec un aspect radiographique subnormal, mais l'IP est détruite ou disloquée.
Stade III	La MP est détruite ou disloquée avec un flexum irréductible, la mobilité de l'IP est par contre subnormale sans lésion radiologique
Stade IV	La MP et l'IP sont détruites ou disloquées avec déformation irréductible

- 1. Classification diagnostique**
- 2. Classification fonctionnelle**
- 3. Classification radiologique**
- 4. Classification radioclinique**
- 5. Classification du niveau d'activité de la maladie**

Consensus Omeract

	Critères à évaluer	Intérêt (sur 10)
1	Nombre de synovites	9,1
2	Impact fonctionnel	9
3	Douleur	8,6
4	Nombre d'articulations douloureuses	8,2
5	Évaluation radiographique	8,1
6	Appréciation globale du patient	8
7	Protéines de l'inflammation	7,3
8	appréciation globale du médecin	4,3



Décembre 2005

LA POLYARTHRITE RHUMATOÏDE ET LE MEMBRE SUPERIEUR CLASSIFICATIONS

C. DOS REMEDIOS

DIU européen de chirurgie de la main et des nerfs périphériques