articule 1 !

Qu'est-ce que la polyarthrite rhumatoïde ?

Pour comprendre ce dont je souffre et apprendre à mieux vivre avec !

Vivandar
Association nationale de défense contre la polyarthrite rhumatoïde

Un peu d'HISTOIRE ! (1,2,5)

Des cas de polyarthrite rhumatoïde (PR) ont été retrouvés dans l'Antiquité ; ce qui suggère l'existence de la maladie depuis bien longtemps.

Mais elle était confondue avec la goutte !

En effet au fil du temps elle a pris différents noms : "goutte rhumatoïde", "polyarthrite chronique évolutive".

En 1800 Augustin Landré-Beauvais fait, dans sa thèse, la première description, de ce que nous appelons aujourd'hui Polyarthrite rhumatoïde (PR) sous le nom de "goutte asthénique primitive". Ce sont les travaux d'A.-B. Garrod qui affinent sa description et reconnaissent son caractère inflammatoire ; puis en 1880 son fils rédige une étude complète sur la polyarthrite.

La fin du XIX^{e} siècle et le début du XX^{e} sont marqués en Europe par l'individualisation de la PR et sa distinction d'avec les autres rhumatismes inflammatoires chroniques, essentiellement le rhumatisme psoriasique et la spondylarthrite.

C'est à Aix-les-Bains qu'un médecin thermal, Jacques Forestier, affirme le caractère singulier et inflammatoire de la polyarthrite que l'on commençait à appeler en France, "polyarthrite chronique évolutive".

Plus récemment, la paléopathologie positionne l'origine de la PR en Amérique avec la contribution d'un facteur infectieux dans l'apparition de la maladie. En 2006 un médecin américain Gerald Weissmann, fait le lien entre l'apparition de la PR et le commerce du sucre des Antilles vers l'Europe au milieu du XVIII^{ème} siècle avec les infections bactériennes parodontales dues à la consommation de sucre comme explications.

La PR est une maladie rhumatismale qui a depuis très longtemps intéressé les cliniciens, les chercheurs et fait l'objet d'un très grand nombre de progrès scientifiques au cours des vingt-cinq dernières années. Ces progrès débutent dans les années 1980 par une meilleure connaissance des mécanismes de la maladie. Puis, la recherche et le développement de traitements spécifiques, ciblés, ont permis une amélioration majeure de la qualité de vie des patients atteints de PR qui était difficilement imaginable.

La PR : une maladie inflammatoire et AUTO-IMMUNE

La polyarthrite est une maladie inflammatoire (“ite ”) qui touche plusieurs (“poly”) articulations (du grec “Arthron”), Rhumatoïde venant de rhuma signifiant écoulement. Au moment du diagnostic, on identifie souvent des anticorps spécifiques (facteurs rhumatoïdes et anti-peptides citrullinés – ACPA-) retrouvés dans le sang des personnes concernées par cette maladie et la présence d’une inflammation.

L’inflammation témoigne d’une réaction de nos défenses naturelles (défenses immunitaires) contre une agression extérieure. Dans la PR, le système dysfonctionne et au lieu de se diriger contre un agent extérieur, il attaque la membrane synoviale [2] qui compose l’articulation. On parle alors de maladie auto-immune.

La PR est multifactorielle. Elle se déclenche sur un terrain génétique prédisposé, à la faveur de facteurs environnementaux (influence par ex du tabac, d’infections..), et/ou de facteurs propres à la personne (hormones, stress, surpoids, inactivité physique).

Une étude conduite à partir du système national de données de santé français entre 2010 et 2019 a permis d’identifier **385 919 cas de PR** avec un **âge moyen de 65,8 ans** (principalement entre 49 et 82 ans) pour **72% de femmes** concernées.

Elle est ainsi trois fois plus fréquente chez les femmes que chez les hommes[3]. Elle apparait le plus souvent chez des personnes de 30 à 50 ans mais peut survenir à tous les âges de la vie, notamment dans l’enfance.[4]

Le saviez-vous ?

Les peintres **Auguste Renoir** et **Raoul Dufy**, ou plus près de nous, **Edith Piaf** ou l’actrice **Kathleen Turner** ont souffert de cette maladie.

Aucune PR ne ressemble tout à fait à une autre mais ce qui est caractéristique est l’alternance de moments de crise (où la douleur et la gêne ressenties sont particulièrement intenses) appelés « poussées » et de périodes d’accalmie plus ou moins longues voire de stabilisation. Avec les traitements actuels, l’objectif est d’atteindre la rémission.

Comment fonctionne une ARTICULATION ? [5]

Les articulations font office de charnières entre deux os.

Les os sont maintenus ensemble par des ligaments comme le feraient des sangles ou des tendeurs. Les muscles se rejoignent sur l'articulation. Les tendons fixent le muscle à l'os. Des minuscules pochent remplies de liquide aident les muscles et les tendons à bouger avec fluidité. Une couche de cartilage recouvre la tête de chacun des os, ce qui permet à l'articulation de travailler en douceur. L'articulation est elle-même entourée d'une capsule qui la protège et la maintient en place ; capsule qui est tapissée par une fine couche de tissu appelée membrane synoviale. Cette membrane synoviale produit un lubrifiant – le liquide synovial – qui nourrit l'articulation et le cartilage.

Les premiers SIGNES

> Un soir, j'ai voulu résumer des notes que j'avais prises lors d'une réunion et je me suis rendu compte que je ne pouvais plus ecrire.
>
> **Christiane, 52 ans**

TRUCS & astuces

Un carnet pour mieux dire !

Il peut être utile de noter dans un carnet (qu'il soit sous forme papier ou digitale) les circonstances des poussées, leur durée, l'intensité de la douleur (en vous aidant de votre propre échelle de valeur de 1 à 10), les gestes ou les moments qui les occasionnent.

Cela peut faciliter la communication avec votre médecin et permettre d'élaborer ensemble les meilleures stratégies de prise en charge.

Nous nous souvenons très souvent de la première poussée douloureuse.

Les symptômes de la PR peuvent aussi apparaître lentement, aller et venir pendant plusieurs semaines.

En général, elle touche dans un premier temps les articulations des mains et des pieds, de façon symétrique.

Les articulations sont rouges et gonflées, avec une sensation de chaleur et une douleur intense au contact.

Le poids d'un drap ou glisser sa main dans un sac pour y saisir un objet peut être insupportable. La nuit et le réveil sont des moments particulièrement pénibles. On se sent raide et dans l'incapacité d'accomplir des gestes simples de la vie quotidienne comme dévisser un bouchon ou actionner un interrupteur.

La cause de l'INFLAMMATION [5,6]

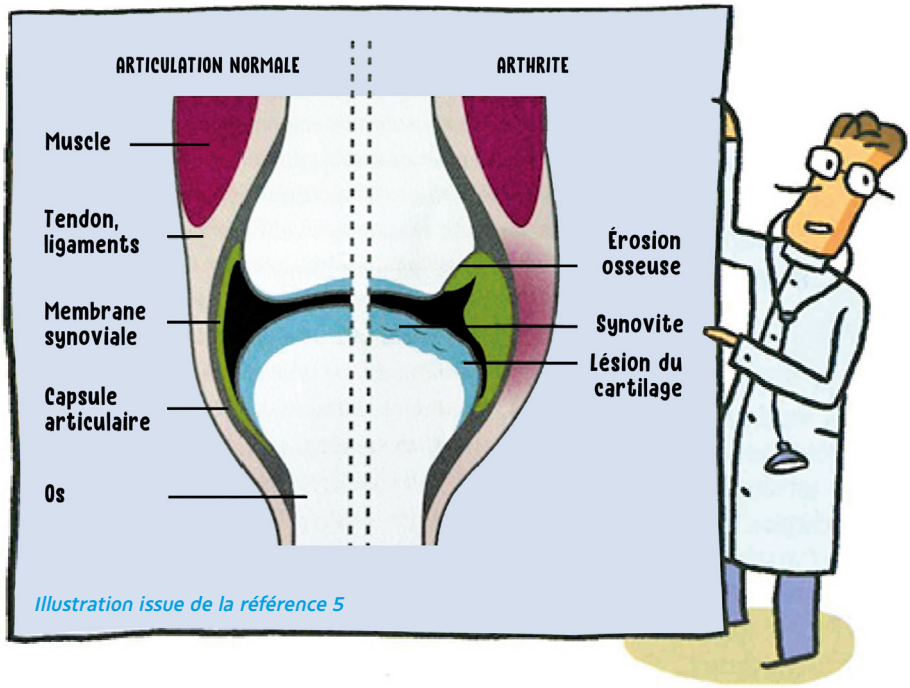


Illustration issue de la référence 5

Comme on l'a vu, l'inflammation est une réponse normale de l'organisme à une agression. Dans le cas de la PR, l'inflammation de l'articulation (ou arthrite) s'exerce de façon anormale et finit par l'endommager.

Une arthrite correspond à une synovite (inflammation de la membrane synoviale) et peut entraîner secondairement :

- Une érosion osseuse
- Une lésion du cartilage articulaire

A l'arthrite s'associe souvent une inflammation au niveau de l'enveloppe du tendon, appelée ténosynovite.

Sous l'effet de l'inflammation, la membrane synoviale fabrique trop de liquide. Ce liquide s'accumule, la membrane s'épaissit, l'articulation enfle, les tissus voisins se durcissent et deviennent douloureux.

Cela peut causer des dommages irréparables à l'articulation, pouvant entraîner des déformations et à terme des handicaps. C'est pourquoi il est primordial de diagnostiquer et de traiter la PR le plus tôt possible.

Ce n'est pas
de L'ARTHROSE !

TRÈS DOULOUREUSE, POSSIBLEMENT INVALIDANTE, LA PR N'EST PAS UN RHUMATISME COMME LES AUTRES. CE N'EST EN TOUT CAS PAS DE L'ARTHROSE !

Pour la PR on parle d'"arthrite" : l'articulation est inflammée (rougeur, chaleur, douleur) et gonflée.

Pour l'arthrose, on parle communément d'"usure du cartilage" mais le phénomène plus est complexe qu'il n'y parait faisant aussi intervenir des acteurs inflammatoires.

Ces deux maladies s'opposent par leurs différences en termes :

- **d'horaire de la douleur** :
  PR : douleur nocturne, raideur matinale, plutôt soulagée par le mouvement /
  Arthrose : fin de journée, aggravée par le mouvement
- **de prise en charge médicamenteuse** : les traitements de la PR par exemple ne marchent pas sur l'arthrose
- **de localisation des atteintes** notamment des mains :
  - **PR :** les dernières articulations (interphalangiennes distales) ne sont pas touchées
  - **Arthrose :** les métacarpo-phalangiennes sont épargnées contrairement à celles qui suivent (interphalangiennes proximales et distales) faisant parler parfois d'arthrose érosive. L'atteinte de la base des pouces est également connue sous le terme de rhizarthrose, dont a souffert, par exemple, le pianiste Byron Janis avec des douleurs et des déformations de ses mains conséquentes.

Reconnaître une polyarthrite rhumatoïde
Le DIAGNOSTIC

Le diagnostic de la PR, comme son suivi, est basé sur la présence de signes physiques inflammatoires, aidé d'examens biologiques et radiologiques.

Votre médecin vous questionne sur vos difficultés. N'hésitez pas à lui décrire ce que vous ressentez, votre douleur, votre fatigue, votre gêne à accomplir des gestes même simples.

L'EXAMEN DES ARTICULATIONS

C'est là que l'attention du médecin se portera en premier. Il les examine à la recherche d'arthrites, associant gonflement, rougeur, et chaleur.
Il note aussi votre mobilité articulaire et l'intensité de votre douleur.

LES ANALYSES COMPLÉMENTAIRES

Quand le diagnostic de la PR est évoqué, votre médecin demande des examens complémentaires.

Des analyses de sang pour rechercher :

- La présence d'une inflammation : vitesse de sédimentation (VS), protéine C réactive (CRP)
- La présence du "facteur rhumatoïde". Mais son absence n'écarte pas la possibilité d'une PR !
- La présence des anticorps anti-peptidiques citrullinés (anti-CCP), qui sont des marqueurs très spécifiques dans le diagnostic de la PR
- La présence d'autres anticorps significatifs d'une maladie auto-immune (par exemple, les facteurs anti-nucléaires).

Un examen radiologique

- Même si peu de signes sont visibles sur les radios en début de PR (elles sont généralement normales), votre médecin pourra les demander et s'y référer par la suite
- L'échographie peut aussi être réalisée pour reconnaître les premiers signes d'une PR.

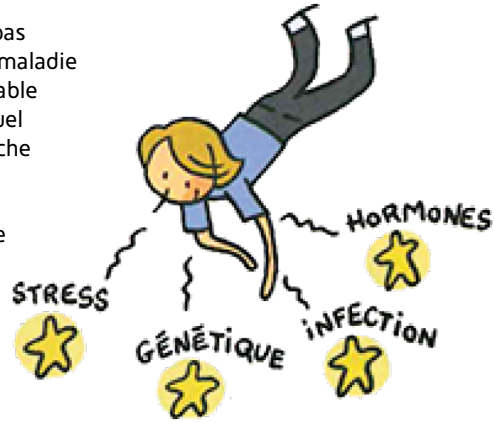
Vous l'aurez compris, le diagnostic d'une PR est assez complexe. Les médecins généralistes ont un rôle important pour suspecter la maladie au plus tôt et vous diriger rapidement vers un rhumatologue. Plus le diagnostic est précoce, plus la prise en charge est faite tôt, plus la maladie a de chances d'être contrôlée.

Pourquoi
MOI ? [4,5]

L'origine de la PR est encore mal connue mais les influences génétiques, environnementales et comportementales jouent un rôle dans sa survenue.

Il s'agit donc d'une maladie dite multifactorielle. Explorons les différents acteurs qui peuvent être impliqués :

DES GÈNES DITS DE PRÉDISPOSITION mais pas indispensables à l'apparition de la maladie. La maladie pourrait être due à un terrain génétique favorable (on parle de prédisposition génétique) sur lequel agiraient des facteurs déclenchants. La recherche est en cours, et elle a déjà permis d'identifier des gènes qui pourraient expliquer certaines prédispositions familiales. Le facteur génétique n'induit donc pas systématiquement une PR et son absence n'est pas non plus une garantie de ne pas en développer une. Ainsi, s'il existe des facteurs de prédisposition génétique ils n'interviennent qu'à hauteur de 30% dans l'apparition de la PR. La transmission d'un parent atteint de PR à son enfant n'est pas systématique. Même si des cas familiaux sont décrits, la PR n'est pas une maladie héréditaire (moins de 5% des patients PR ont un parent du 1er degré atteint).



LE TABAC est un facteur de risque, il jouerait un rôle dans le déclenchement de la PR.

LE GENRE car l'on sait que 3 fois plus de femmes sont touchées par la maladie que les hommes. L'influence hormonale féminine est reconnue (une ménopause précoce est un facteur péjoratif de développer une PR et inversement pour la contraception hormonale ou un nombre de grossesses important).

LA PISTE INFECTIEUSE : un agent infectieux (viral comme l'Epstein-Barr virus ou un coronavirus ou bactérien comme la Porphyromonas gingivalis au niveau buccal et la Prevotella au niveau intestinal) pourrait intervenir comme facteur de risques de déclenchement d'une PR

UN ÉVÈNEMENT STRESSANT peut être un facteur favorisant : physique (traumatisme,...) psychologique (divorce, décès, licenciement...).

Vivre
AVEC

L'annonce de la PR s'accompagne souvent de découragement, d'un sentiment d'injustice voire de culpabilité de ne plus pouvoir faire face aux exigences de ses proches ou de son environnement professionnel. Tout cela est légitime !

La PR est une maladie d'autant plus déroutante que ses symptômes peuvent aller et venir. Cela peut rendre pénible notre vie quotidienne mais aussi notre relation avec les autres. Même si nous n'aimons pas nous plaindre, il ne faut pas s'enfermer dans le silence !

La PR évolue par « poussées », des moments où l'inflammation est à son comble, où nos articulations sont gonflées, raides, douloureuses, et où nous nous sentons fatigués. Une poussée peut durer quelques heures, quelques jours, un mois....la suivante n'est jamais identique à la précédente dans la durée, l'intensité, les endroits qu'elle touche.

Les périodes d'accalmie, entre deux poussées, peuvent durer des mois, voire des années.

Il ne faut pas hésiter à en parler à son médecin, à ses proches...

En l'absence de traitement efficace, la PR peut endommager le cartilage et l'os à proximité de l'articulation. L'articulation alors se fragilise et peut se déformer. Les muscles, les ligaments et les tendons qui l'entourent s'affaiblissent et peuvent ne plus effectuer correctement leur travail. L'articulation peut s'enraidir. Cette évolution possible explique les recommandations de prise en charge précoce et un suivi régulier pour les l'éviter.

Pour plus d'information, consultez
les articles 6 « Bien vivre avec les traitements de la polyarthrite rhumatoïde »
et 10 sur « Quel regard et quelle image de soi avec une polyarthrite rhumatoïde ? »
réalisés par l'ANDAR.

Comment peut évoluer la PR ? [2,5,6,7,8,9]

Poussées – périodes d'accalmie – périodes de rémission

L'évolution globale de la maladie passera par ces différentes phases.

En l'absence de traitements ou s'ils ne sont pas ou plus efficaces, nous pouvons avoir une atteinte au niveau des articulations, des tendons, des mains...

Depuis les progrès majeurs des 25 dernières années, l'évolution est globalement favorable. On observe en effet moins de cas sévères (10%). Le contrôle de la maladie est l'objectif systématiquement recherché.

Dans tous les cas et surtout dans le cadre de rémission prolongée il est nécessaire de discuter avec son médecin de la stratégie de prise en charge.

Mettre en place un traitement le plus tôt possible est la meilleure façon d'avoir de bons résultats. Il faut parfois en essayer plusieurs avant de trouver celui qui sera le plus efficace pour nous et ainsi améliorer le pronostic de la PR. De bonnes conditions de vie et de bien-être sont aussi des facteurs favorables.

Il arrive que la PR ne touche pas que les articulations...

La PR se traduit sur le plan clinique par des manifestations essentiellement rhumatologiques. Toutefois, on peut observer aussi des manifestations extra-articulaires propres à la maladie, qui sont indépendantes des traitements. Faisons le tour de ces maladies qui peuvent survenir de façon plus fréquente que chez les autres personnes. Mais pas de panique, elles ne sont pas systématiques !

Il est à noter que le tabac est un facteur favorisant pour toutes les maladies associées. Le tabagisme semble ainsi favoriser l'apparition de la PR et aussi une moins bonne réponse au traitement, notamment pour le Méthotrexate et les Anti-TNF alpha...

LA BOUCHE :

la PR et certains traitements peuvent être à l'origine de problèmes bucco-dentaires comme des infections bactériennes.
La bouche est un organe important du corps humain car elle sert à manger à communiquer et elle a aussi un impact sur l'image de soi ; il faut donc en prendre particulièrement soin.

Les soins de bouche concernent l'hygiène de la muqueuse buccale, des gencives, de la langue, des lèvres, des dents et/ou des dentiers.

LES MALADIES CARDIOVASCULAIRES :

le risque de développer une maladie cardiovasculaire est augmenté chez les patients atteints de PR du fait d'un état inflammatoire chronique. Il est donc important de bien contrôler la maladie, de mettre en place les mesures de prévention (arrêt du tabac, alimentation équilibrée, activité physique régulière) et un de suivi pour dépister et traiter les facteurs de risques cardiovasculaires (excès de cholestérol, hypertension artérielle, surpoids, diabète…).

LES MALADIES RESPIRATOIRES :

l'atteinte inflammatoire pulmonaire est la plus fréquente des atteintes extra-articulaires. Elle concerne jusqu'à 70% d'entre nous mais la plupart sont asymptomatiques, c'est à dire que les symptômes ne sont pas évidents. Des progrès important ont été faits dans le suivi et le traitement de ces maladies.

L'OSTÉOPOROSE :

cette fragilité due à la diminution en quantité et en qualité de l'os augmente le risque de fracture. Il faut donc faire des bilans réguliers et ne pas hésiter à adapter son alimentation pour garantir notamment un apport en calcium suffisant.

LES INFECTIONS :

comme le risque est plus important de développer une infection lorsque l'on est atteint de PR, et que les traitements ont aussi un impact sur le risque infectieux, il faut être plus vigilant quand on repère des signes évocateurs comme une fièvre. Il faut aussi être plus attentif quand on a par exemple une plaie et bien la nettoyer.

LES CANCERS :

Si le risque d'en développer est plus important pour certains cancers, il l'est moins pour d'autres. Le suivi régulier de la PR permet de détecter précocement les signes éventuels et de mettre en place les solutions adaptées sans tarder.

CONCLUSION

La compréhension de la PR, les progrès médicamenteux qui évoluent sans cesse, ont considérablement amélioré la vie des personnes atteintes de PR.

Pour autant, La PR est une maladie chronique qui a un impact sur notre vie et sur celle de notre entourage. Quand on vit avec une PR, il est essentiel d'avoir une prise en charge globale de la maladie. Cette prise en charge intègre la prévention, les traitements médicamenteux et non médicamenteux* ainsi que le bien-être.

Nous sommes un membre à part entière de l'équipe qui œuvre pour contrôler l'activité de la maladie et limiter son retentissement sur notre qualité de vie. Pour pouvoir être acteur de notre projet de soins, prendre les décisions qui nous concernent en collaboration avec les professionnels de santé, il est important de comprendre la maladie et ses enjeux mais aussi ses besoins propres.

Une prise en charge adaptée, un suivi, une "alliance thérapeutique" avec ses soignants, des précautions (bonne hygiène de vie, alimentation équilibrée, activité physique adaptée

Retrouvez des informations dans l'articule ! 6 « Bien vivre avec les traitements de la polyarthrite rhumatoïde » réalisé par l'ANDAR.

vont permettre de construire son propre équilibre de vie et de mener une vie normale.

**Pour plus d'information, consultez les articule !*
4 « Quels traitements médicamenteux pour la polyarthrite rhumatoïde ? »
5 « Quelle tolérance et quel risques infectieux avec les traitements de polyarthrite rhumatoïde ? »
et 7 « Quels traitements non médicamenteux pour la polyarthrite rhumatoïde ? »
réalisés par l'ANDAR.

> J'ai eu beaucoup de mal à accepter le **diagnostic**. Maintenant que c'est fait, je suis beaucoup moins dure avec moi-même. Je n'essaie plus de me prouver sans cesse que je peux tout faire ! Je "fais avec" la PR...
>
> **Valérie, 28 ans**

> Le jour où mon rhumatologue a prononcé le mot "**rémission**", je me suis dit que ce mot tant rêvé n'était pas un mot vain. C'est donc possible. Je suis bien évidemment toujours sous traitement anti-TNF, mais à dose minimale, et il n'est pas question que je l'arrête !
>
> **Joelle, 64 ans**

Trucs
& ASTUCES

BOUGEZ
en vous faisant plaisir !

MÊME ET SURTOUT
en période d'accalmie !

Faites en fonction de
VOS PROPRES LIMITES !

L'**ACTIVITÉ PHYSIQUE**
n'est pas proscrite, au contraire !

Elle **AMÉLIORE LA FORCE**
ET LA SOUPLESSE
musculaire et articulaire,
DIMINUE LE RISQUE cardio-vasculaire.

Sur l'os, l'activité physique peut
LIMITER L'OSTÉOPOROSE
arfois associée à la PR.

Il est souhaitable de réaliser
plutôt une activité physique à
FAIBLE IMPACT ARTICULAIRE,
comme le vélo, la natation,
l'aquagym, la marche sur terrain plat...

Références

1. MF Khan. Histoire de la polyarthrite rhumatoïde. Rhumatologie Pratique 1 octobre 2009
2. La polyarthrite rhumatoïde. Coordonnée par Pr Bernard Combe. Editions Edimark 2023
3. Pinas Vegas L et al Prevalence, mortality, and treatment of patients with rheumatoid arthritis: a cohort study of the French National Data System, 2010-2019. Joint Bone Spine 2023 ; 90(1):105-460
4. https://www.inserm.fr/dossier/polyarthrite-rhumatoide
5. La polyarthrite rhumatoïde, Docteur Jean David Cohen. Collection La santé sans tabou. Editions MANGO 2020
6. ANDAR infos - EULAR - AOUT 2023
7. Safy-Khan M et al. J Rheumatol 2021 ; 48:1504-7
8. KL Hyrich et al. Rheumatology 2006. 45:1558-65
9. JR Curtis. Rheumatol Ther 2024. 14:177-89

Nous remercions :

Akima, Alain, André, Anne-Sophie, Annie, Antoine, Astrid, Audrey, Camille, Chantal, Christian, Christiane, Damien, Danielle, Delphine, Dimitri, Dominique, Eliane, Élisabeth, François, Françoise, Géraldine, Gérard, Ghislaine, Hippolyte, Jean Pierre, Jocelyne, Joëlle, Karim, Lucie, Lydia, Madeline, Marie, Marie-Claire, Marie-Pierre, Micheline, Mireille, Nicole, Pascale, Pascal, Régine, Roger, Rosalinde, Sofia, Sophie,
qui ont contribué à la réalisation de la collection "Articule"

Le Dr Catherine Beauvais, pour la validation de la collection complète initiale,
Laurent Audouin, pour l'aimable autorisation d'utilisation de ses dessins,
David-Romain Bertholon, pour sa complicité depuis la création de la collection,
Le laboratoire MSD, pour son soutien institutionnel,
Eric Jehanno, pour la créa,
Catherine Pécout, pour la coordination de la mise à jour,
Danielle Vacher et Sonia Tropé, pour les relectures et validations.

articule !

Nous voulons informer les personnes qui souffrent de polyarthrite rhumatoïde, et leurs proches, et les aider à mieux comprendre et s'orienter. Nous souhaitons encourager le dialogue avec les soignants, optimiser la prise en charge de chaque personne atteinte, dédramatiser la maladie, mieux vivre avec…

Ces brochures ont été réalisées par des bénévoles de l'association ANDAR directement concernés par la polyarthrite rhumatoïde.

Nous avons choisi le titre articule ! en clin d'œil à notre volonté d'être clair avec les difficultés ressenties par les personnes qui souffrent de cette maladie qui touche les articulations et de les aider à les exprimer. Toutes les informations contenues dans ce document sont validées par des médecins.

Pour cet articule ! 1 nous remercions le Dr Jean-David Cohen, Rhumatologue au CHRU de Montpellier, de nous avoir fait bénéficier de son expertise. Vous y trouverez également nos témoignages et nos expériences. Ils peuvent vous être utiles à vous rassurer, vous orienter, et vous aider à faire des choix.

L'Association Nationale de Défense contre la polyArthrite Rhumatoïde a été créée en 1984 par des malades. Elle rassemble près de 4000 adhérents en France. De nombreuses antennes régionales sont là pour vous apporter soutien, écoute et conseil.

andar
Association nationale de défense contre la polyarthrite rhumatoïde

N° Vert 0 800 001 159
APPEL GRATUIT DEPUIS UN POSTE FIXE

149, avenue du Maine, 75014 PARIS
andar@polyarthrite-andar.com

ANDAR
association_andar
ANDAR
association_andar
Polyarthrite Andar

ANDAR
polyarthrite-andar.org

ALD-Travail
ald-travail.fr

PRsonne n'en parle
prsonne-n-en-parle.org

Ma formation sur la PR
maformationsurlapr.org

PR qui roule
prquiroule.com

Mieux vivre ma PR
mieux-vivre-ma-pr.com

Zen avec ma maladie
zen-avec-ma-maladie.fr

Polyar'Trottons
polyartrottons.org