



Disponible en ligne sur

ScienceDirect
www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France

EM|consulte
www.em-consulte.com



Recommandations

Recommandations de la Société française de rhumatologie pour la prise en charge de la polyarthrite rhumatoïde[☆]



Cécile Gaujoux-Viala^{a,*}, Laure Gossec^{b,1}, Alain Cantagrel^c, Maxime Dougados^d, Bruno Fautrel^b, Xavier Mariette^e, Henri Nataf^f, Alain Saraux^g, Sonia Trope^h, Bernard Combeⁱ

^a EA 2415, service de rhumatologie, université Montpellier I, CHU de Nîmes-Carêmeau, place du Professeur-Robert-Debré, 30029 Nîmes, France

^b Service de rhumatologie, Sorbonne universités, UPMC université Paris 06, GRC 08, institut Pierre-Louis d'épidémiologie et de santé publique, CHU Pitié-Salpêtrière, AP-HP, 75013 Paris, France

^c UMR Inserm 1043-CNRS 5282, centre de rhumatologie, université Paul-Sabatier Toulouse III, hôpital Purpan, CHRU de Toulouse, 31059 Toulouse, France

^d Inserm (U1153): épidémiologie clinique et biostatistiques, PRES Sorbonne Paris-Cité, service de rhumatologie, université Paris Descartes, hôpital Cochin, Assistance Publique-hôpitaux de Paris, 75014 Paris, France

^e Inserm U 1012, service de rhumatologie, université Paris-Sud, hôpitaux universitaires Paris-Sud, AP-HP, 92276 Le Kremlin-Bicêtre, France

^f Cabinet de rhumatologie, 78200 Mantes-la-Jolie, Yvelines, France

^g EA 2216, service de rhumatologie, université Bretagne Occidentale, CHU de la Cavale-Blanche, boulevard Tanguy-Prigent, 29609 Brest, France

^h Association nationale de défense contre l'arthrite rhumatoïde (ANDAR), 75014 Paris, France

ⁱ UMR 5535, département de rhumatologie, université Montpellier I, hôpital Lapeyronie, CHRU de Montpellier, 34295 Montpellier, France

I N F O A R T I C L E

Historique de l'article :

Accepté le 18 avril 2014

Disponible sur Internet le 14 juin 2014

Mots clés :

Polyarthrite rhumatoïde

Recommandations

Traitement

Biomédicaments

Cortisone

R É S U M É

Cet article présente les recommandations de la Société française de rhumatologie pour la prise en charge de la polyarthrite rhumatoïde (PR). Ces recommandations ont été élaborées par des experts rhumatologues hospitaliers et libéraux et un représentant des associations de patients. Elles s'appuient sur les recommandations de l'EULAR récemment publiées et sur une analyse systématique de la littérature. Ces recommandations mettent en avant l'importance d'une prise de décision partagée entre le rhumatologue et le patient ayant acquis des compétences sur sa maladie, l'objectif d'atteindre la rémission ou au minimum la faible activité, la nécessité de l'introduction la plus précoce possible d'un traitement de fond, ainsi que l'intérêt d'une évaluation régulière de l'activité de la PR menant à des adaptations thérapeutiques rapides si besoin (contrôle serré). Dans les 15 recommandations, il est proposé de débiter par du méthotrexate en monothérapie ; après évaluation de la balance bénéfice-risque, les glucocorticoïdes peuvent être associés sur une période courte. En cas d'échec (absence de réponse à 3 mois ou objectif non atteint à 6 mois), on envisage un autre traitement de fond synthétique (léflunomide, sulfasalazine), une association de traitements de fond ou l'association méthotrexate + biomédicament en fonction des facteurs pronostiques et des caractéristiques du patient. En cas d'échec à un premier biomédicament, la rotation pour un deuxième biomédicament est recommandée. Enfin, en cas de rémission persistante, les traitements de fond pourront être diminués prudemment. Ces recommandations visent à améliorer la prise en charge des patients atteints de PR.

© 2014 Société Française de Rhumatologie. Publié par Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

1. Introduction

La polyarthrite rhumatoïde (PR) est le plus fréquent des rhumatismes inflammatoires de l'adulte avec une prévalence estimée

entre 0,3 et 1 % de la population générale adulte [1]. L'évolution de cette maladie chronique se caractérise par des poussées inflammatoires liées à une inflammation de la membrane synoviale. La PR peut mener à une destruction articulaire, à l'origine d'une altération de la qualité de vie, d'un handicap et d'une réduction de l'espérance de vie, en moyenne estimée à 10 ans [2–5]. Les dernières recommandations françaises pour la prise en charge de la PR ont été publiées en 2007 [6]. Depuis, plusieurs évolutions importantes ont eu lieu que ce soit sur le plan conceptuel (traitement avec un objectif ou « treat to target », adaptation thérapeutique dynamique, optimisation) ou sur le plan thérapeutique (nouvelles

[☆] Ne pas utiliser, pour citation, la référence française de cet article, mais la référence anglaise de *Joint Bone Spine* avec le DOI ci-dessus.

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : cecile.gaujoux.viala@chu-nimes.fr (C. Gaujoux-Viala).

¹ Les deux premiers auteurs ont contribué également (co-premiers auteurs).

données sur les traitements existants et nouveaux médicaments) rendant nécessaires de nouvelles recommandations. Ces recommandations sont destinées aux médecins prenant en charge les patients atteints de PR, rhumatologues et généralistes en premier lieu ; elles devraient être aussi utiles pour les autorités de santé et les associations de patients. Elles vont du diagnostic à la prise en charge globale, mais insistent surtout sur la stratégie thérapeutique médicamenteuse.

2. Méthodes

Un groupe de travail désigné par la Société française de rhumatologie (SFR), constitué de 8 rhumatologues hospitaliers, un rhumatologue libéral et une représentante d'une association de patients, originaires de toute la France, s'est réuni pour élaborer ces recommandations. Le travail s'est appuyé sur les recommandations de la Haute Autorité de santé (HAS) de 2007 et les guides des maladies chroniques et affections de longue durée (n° 22) de la HAS [6] mais s'est surtout basé sur les recommandations de la Ligue européenne contre les rhumatismes (EULAR) pour la prise en charge de la PR, récemment publiées [7]. Le groupe de travail s'est en particulier largement reposé sur les résultats de 3 revues systématiques de la littérature effectuées pour la préparation des recommandations EULAR, et portant sur l'efficacité des traitements de fond synthétiques et de la corticothérapie [8], l'efficacité des traitements biologiques [9] et les données de tolérance [10]. Les recommandations françaises ont été élaborées par le groupe de travail en juillet 2013, puis finalisées après plusieurs tours de courriers électroniques. Elles ont ensuite été relues par un groupe de lecture constitué de 31 experts, rhumatologues hospitaliers et libéraux, membres de la SFR, médecins généralistes et un représentant des associations de patients. Elles ont été modifiées en fonction des remarques et suggestions formulées. Les niveaux de preuve et grades de recommandations ont été déterminés [11].

3. Résultats

Les recommandations sont composées de 3 principes généraux et 15 recommandations (Tableau 1). Elles sont synthétisées sous la forme d'un algorithme (Fig. 1).

3.1. Principes généraux concernant la prise en charge de la PR

La prise en charge optimale des patients atteints de PR nécessite une concertation entre le rhumatologue et le patient, dans le cadre d'une décision médicale partagée reposant sur l'information et l'éducation du patient (Tableau 1).

La PR est une maladie chronique qui nécessite une implication du patient dans son suivi et sa prise en charge. La décision médicale partagée, véritable socle de l'alliance thérapeutique, nécessite que tout patient puisse accéder à une information et un processus d'éducation qui lui permette une prise de décision éclairée, en concertation avec son rhumatologue. L'éducation thérapeutique est au cœur de cette recommandation : elle favorise l'autonomisation des patients et l'émergence du concept de patient-partenaire [6]. Le processus d'éducation peut être réalisé au cours de séances formalisées d'éducation thérapeutique, mais également en dehors de ces séances, notamment lorsque le patient n'y a pas accès.

Le rhumatologue est le spécialiste qui doit prendre en charge les patients atteints de PR. Le médecin généraliste joue un rôle important pour la détection de la maladie et le suivi du patient en coordination avec le rhumatologue.

Le rhumatologue est le médecin spécialisé qui doit suivre et traiter les patients souffrant de PR. Cependant, le médecin généraliste est en première ligne pour détecter une possible PR débutante et

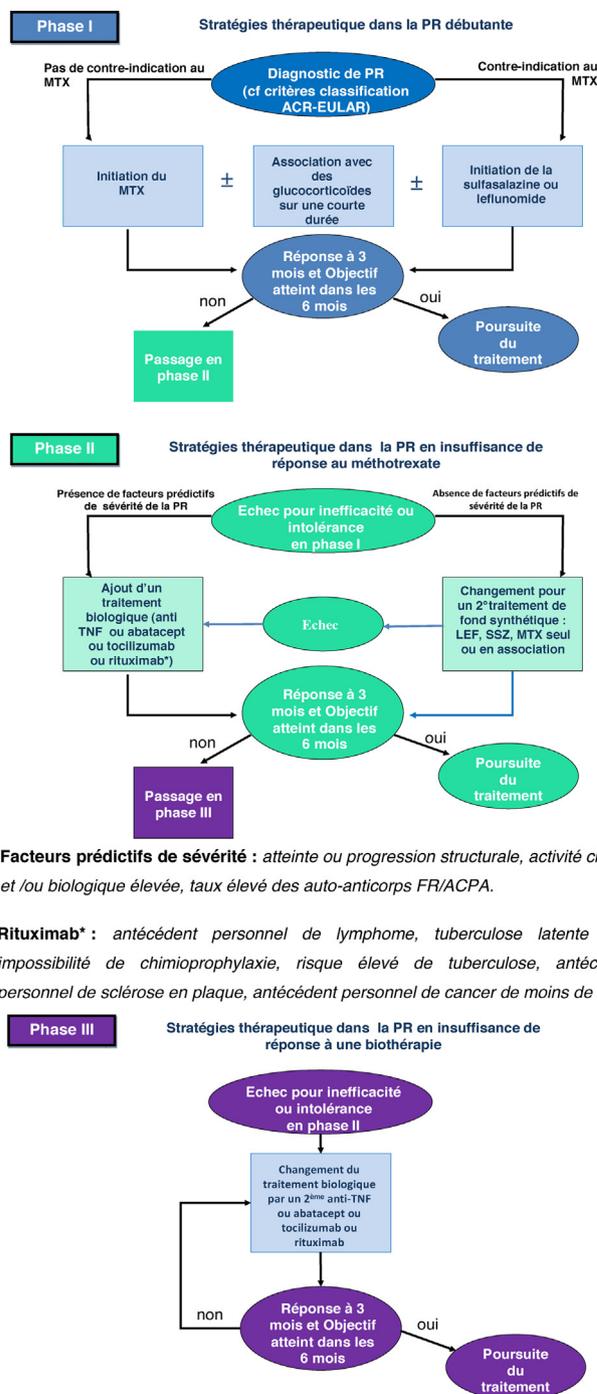


Fig. 1. Algorithme de prise en charge de la PR en 2014 selon les recommandations de la Société française de rhumatologie.

adresser très rapidement le patient au spécialiste rhumatologue. En effet, le diagnostic et le traitement précoces sont déterminants dans le succès de la prise en charge de ce rhumatisme d'où l'importance de réseaux de soins efficaces et rapides [12]. Le rôle du médecin généraliste est également primordial pour organiser et coordonner le parcours personnalisé de soins, et notamment le suivi des traitements et la prise en charge des comorbidités. Si les patients souffrant de PR sont à risque de handicap important lié à leur maladie rhumatologique, ils sont également à plus haut risque de maladies cardiovasculaires et respiratoires, d'infections, de lymphomes et de fractures ostéoporotiques [13,14].

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/6125706>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/6125706>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)