

LA POLYARTHRITE RHUMATOÏDE

25 janvier 2024

Séminaire

Quadrimed

PD Dr. Kim Lauper, Médecin adjointe agrégée

Service de Rhumatologie, HUG & Faculté de Médecine, Université de Genève

PLAN

1. Introduction / épidémiologie
2. Principes de prise en charge
3. Stratégie thérapeutique
4. Complications extraarticulaires
5. Mode de vie / nutrition

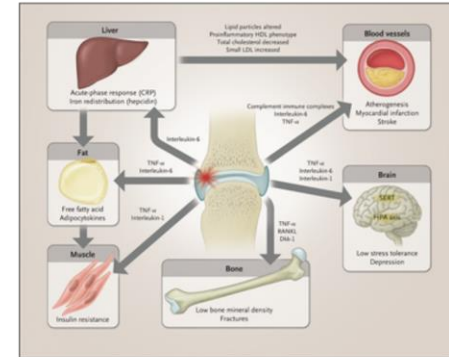
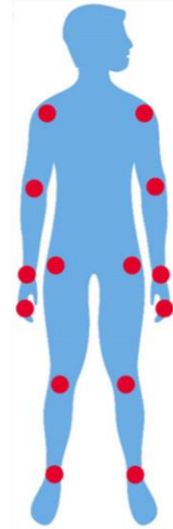
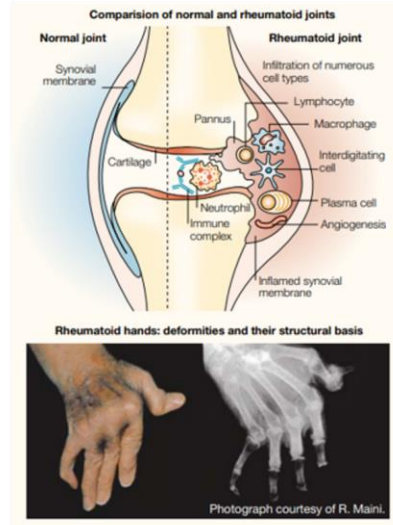
1

INTRODUCTION

1. **Introduction / épidémiologie**
2. Principes de prise en charge
3. Stratégie thérapeutique
4. Complications extraarticulaires
5. Mode de vie / nutrition

POLYARTHRITE RHUMATOÏDE

- Maladie
 - auto-immune
 - chronique
 - qui touche les articulations
 - systémique



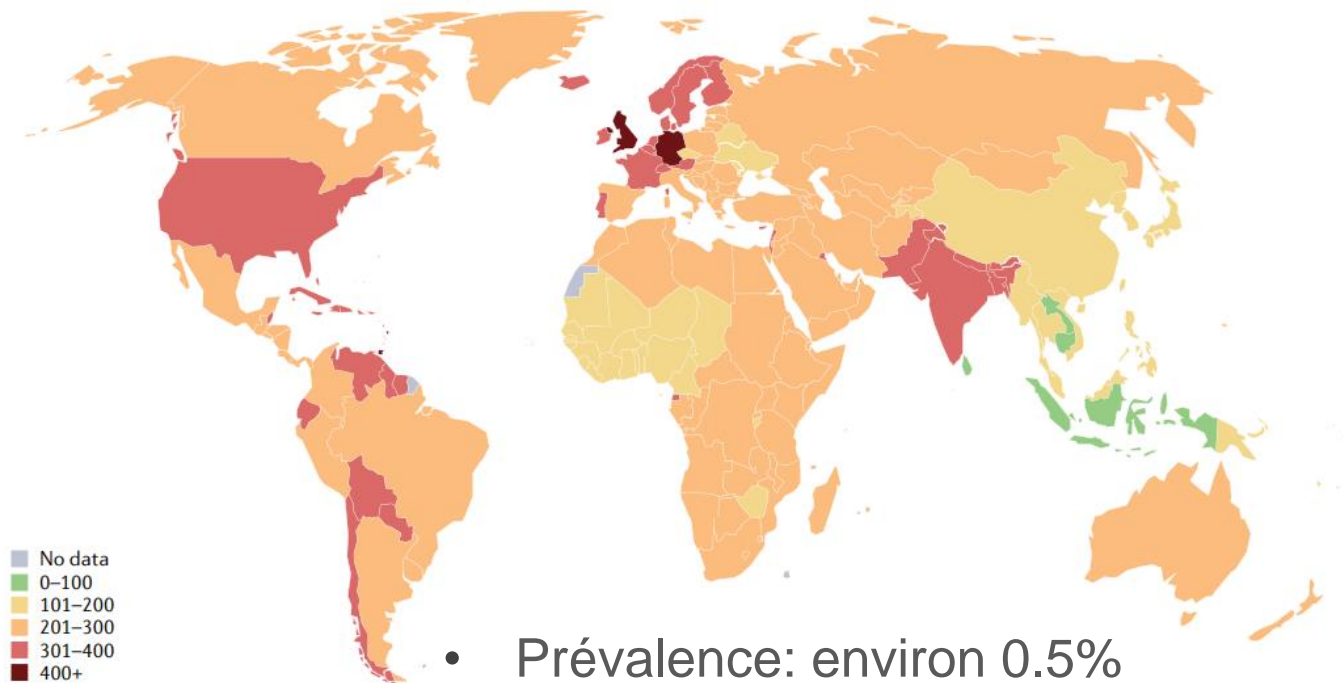
LA PR

- A. Touche plus de femmes que d'hommes
- B. Touche plus les vieux que les jeunes
- C. Touche environ 1 personne sur 200

LA PR

- A. Touche plus de femmes que d'hommes**
- B. Touche plus les vieux que les jeunes
- C. Touche environ 1 personne sur 200**

EPIDEMIOLOGIE



- Prévalence: environ 0.5%
- Tout âge

FACTEURS DE RISQUES

♀/♂ 3:1

Oral health

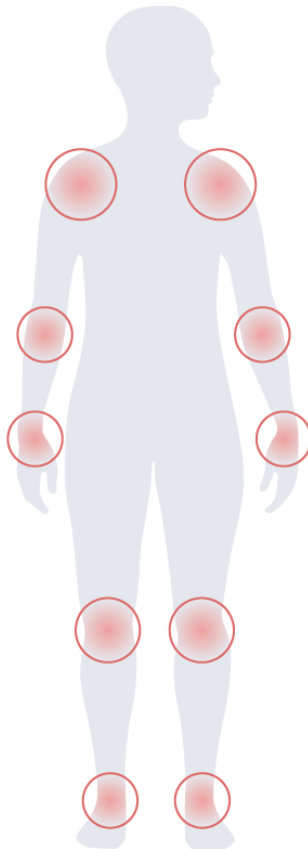
- Chronic periodontitis, tooth loss

Sex-specific factors

- Post menopause
- Anti-oestrogen treatment
- Oral contraceptives/hormone-replacement therapy
- Parity
- Breastfeeding

Lifestyle and habits

- Obesity
- Stress (?)
- Exercise



Respiratory exposure

- Inhaled pollution
- Smoking
- Silica dust
- COPD
- Asthma

Genetics

- HLA shared epitope alleles
- Family history
- Ethnicity
- Epigenetics

Intestinal health

- Chronic diarrhoea
- Inflammatory/Western diet (?)
- Sugar-sweetened beverages
- Microbiota
- Coffee
- Mediterranean diet (?)
- Tea (?)
- Alcohol

Finckh A, [...], Lauper K. Global Epidemiology of Rheumatoid Arthritis. Nat Rev Rheumatol 2022



Hôpitaux
Universitaires
Genève



UNIVERSITÉ
DE GENÈVE

FACULTÉ DE MÉDECINE
Département de médecine

2

PRINCIPES DE PRISE EN CHARGE

1. Introduction / épidémiologie
- 2. Principes de prise en charge**
3. Stratégie thérapeutique
4. Complications extraarticulaires
5. Mode de vie / nutrition

QUELS SONT LES PRINCIPES DE PRISE EN CHARGE DE LA PR?

- A. Introduire le plus précocément possible un traitement de fond, comme du methotrexate et augmenter rapidement le traitement pour que la maladie soit en remission

- B. Attendre de voir l'évolution sous antalgique, AINS, évt. prednisone et augmenter doucement les traitements pour éviter de surtraiter les patients et les effets secondaires des traitements immunosuppresseurs

QUELS SONT LES PRINCIPES DE PRISE EN CHARGE DE LA PR?

- A. Introduire le plus précocément possible un traitement de fond, comme du methotrexate et augmenter rapidement le traitement pour que la maladie soit en remission**

- B. Attendre de voir l'évolution sous antalgique, AINS, évt. prednisone et augmenter doucement les traitements pour éviter de surtraiter les patients et les effets secondaires des traitements immunosuppresseurs

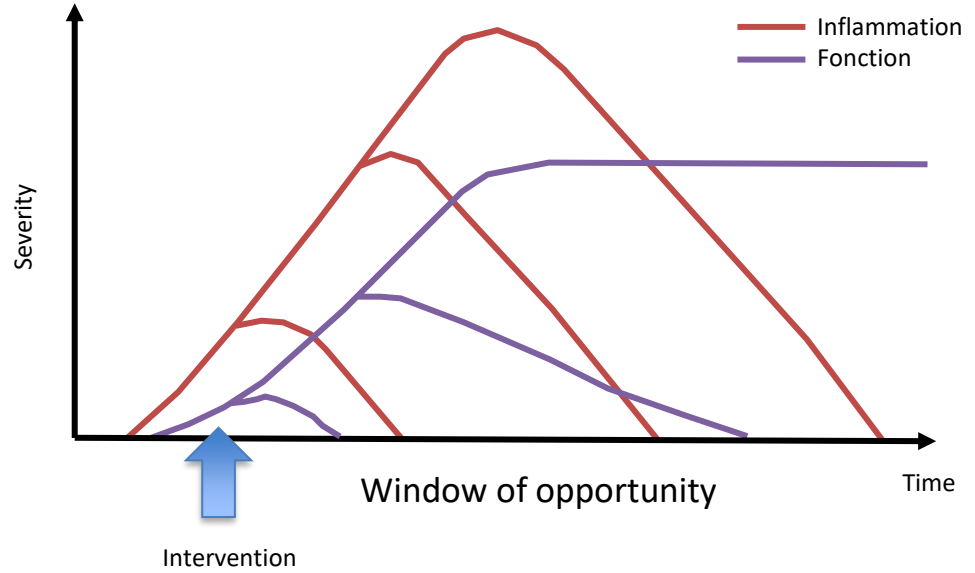
POLYARTHRITE RHUMATOÏDE



TRAITEMENT

PRINCIPES

- Traitement précoce
- Treat to target (rémission)



TRAITEMENT PRÉCOCE NÉCESSITE DIAGNOSTIC PRÉCOCE

- Rôle crucial des médecins de premier recours dans le dépistage

QUEL POURCENTAGE DES PATIENTS AVEC PRONT DES ANTICORPS (FACTEURS RHUMATOÏDES ET/OU ACPA?)

- A. 100%
- B. 95%
- C. 75%
- D. 50%
- E. 25%

QUEL POURCENTAGE DES PATIENTS AVEC PRONT DES ANTICORPS (FACTEURS RHUMATOÏDES ET/OU ACPA?)

- A. 100%
- B. 95%
- C. 75%**
- D. 50%
- E. 25%

PRÉSENTATION «CLASSIQUE»

Douloureux

Atteinte symétrique

Petites articulations (mains/pieds)

Polyarticulaire (>5)

Syndrome inflammatoire

Anticorps (FR et/ou ACPA)

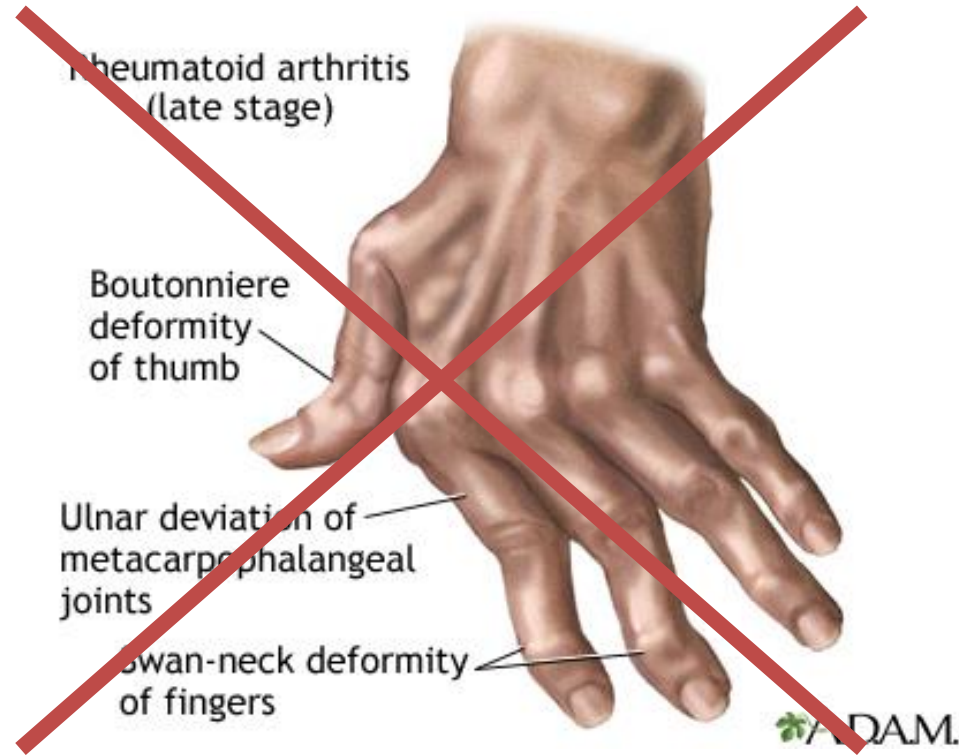
Critères de classification (pas diagnostic!)

Population cible: patients avec	Score
<ul style="list-style-type: none">– au moins 1 articulation atteinte de synovite clinique (tuméfaction)– avec une synovite qui n'est pas expliquée par une autre maladie	
A. Atteinte articulaire (articulation sensible/tuméfiée)	
<ul style="list-style-type: none">• 1 grande articulation• 2-10 grandes articulations• 1-3 petite(s) articulation(s)• 4-10 petites articulations• > 10 articulations (au moins 1 petite)	<ul style="list-style-type: none">01234
B. Sérologie	
<ul style="list-style-type: none">• Facteur rhumatoïde (FR)/anticorps anti-peptides citrullinés cycliques (anti-CCP) négatifs• FR/anti-CCP faiblement positif• FR/anti-CCP fortement positif	<ul style="list-style-type: none">023
C. Réactif de phase aiguë	
<ul style="list-style-type: none">• CRP et vitesse de sédimentation dans la norme• CRP/vitesse de sédimentation élevée(s)	<ul style="list-style-type: none">01
D. Durée des symptômes	
<ul style="list-style-type: none">• < 6 semaines• > 6 semaines	<ul style="list-style-type: none">01
Polyarthrite rhumatoïde définie: score $\geq 6/10$.	
Grosses articulations: épaules, coudes, hanches, genoux, chevilles. Petites articulations: articulations métacarpo-phalangiennes, interphalangiennes proximales, métatarso-phalangiennes II à V, interphalangiennes du pouce, poignets.	



Hôpitaux
Universitaires
Genève

Lauper K, Gabay C. Traitement de fond de la polyarthrite rhumatoïde. Rev Med Suisse. 2014 Mar 12;10(421):595-6, 598, 600-2.







MAIS... NOMBREUSES PRÉSENTATIONS NON CLASSIQUES !

- Rhumatisme palindromique (épisodes récurrents de mono/oligoarthrites aiguës avec rémission complète entre les crises)
- Atteinte oligoarticulaire des grosses articulations (ex. genoux, épaules)
- Séronégative (**1/4** des patients avec PR !)
- Peu douloureux/peu plaintif («C'est normal, j'ai juste un peu d'arthrose»!)
- Atteinte extra-articulaire en premier (ex: épanchement pleural)

CAS CLINIQUE

Patiente de 85 ans, qui a eu des prothèses de genou et hanche sur une arthrose. Elle présente également de l'arthrose des coudes et des chevilles.

Quel est le plus probable?

- A. Arthrose primaire
- B. Rhumatisme inflammatoire

CAS CLINIQUE

Patiente de 85 ans, qui a eu des prothèses de genou et hanche sur une arthrose. Elle présente également de l'arthrose des coudes et des chevilles.

Quel est le plus probable?

A. Polyarthrose primaire

B. Rhumatisme inflammatoire

ARTICULATIONS NON TYPIQUEMENT TOUCHÉES PAR L'ARTHROSE PRIMAIRE

- Coude
- Cheville
- Poignet
- MCP

Doit faire rechercher une origine secondaire systématiquement (traumatisme, rhumatisme inflammatoire, ...)

QUAND PENSER À UNE PR / QUAND RÉFÉRER À UN.E RHUMATOLOGUE ?

Tout patient présentant une **synovite (arthrite) d'origine indéterminée**

Orientation urgente si le patient présente:

- Atteinte des mains ou des pieds
- Atteinte de plus d'une articulation*
- Délai de plus de 3 mois ou plus entre le début des symptômes et l'évaluation médicale

* mais une monoarthrite est également une urgence...

QUEL EST L'ÉLÉMENT LE PLUS IMPORTANT ÉVOQUANT UNE ARTHRITE POUR LES GROSSES ARTICULATIONS?

- La rougeur ?
- La tuméfaction ?
- La limitation de la mobilité active ?
- La limitation de la mobilité passive ?

ELÉMENT LE PLUS IMPORTANT FAISANT PENSER À UNE ARTHRITE/SYNOVITE?

Grosses articulations:

Limitation de la mobilité active et passive

- Rougeur/tumefaction: pas évaluable dans articulations profondes (hanche, épaule)
- Limitation active mais pas passive: problème périarticulaire

Petites articulations:

- Empâtement de l'articulation
- Tuméfaction/rougeur

COMMENT EXAMINER LES MAINS POUR UNE SYNOVITE?

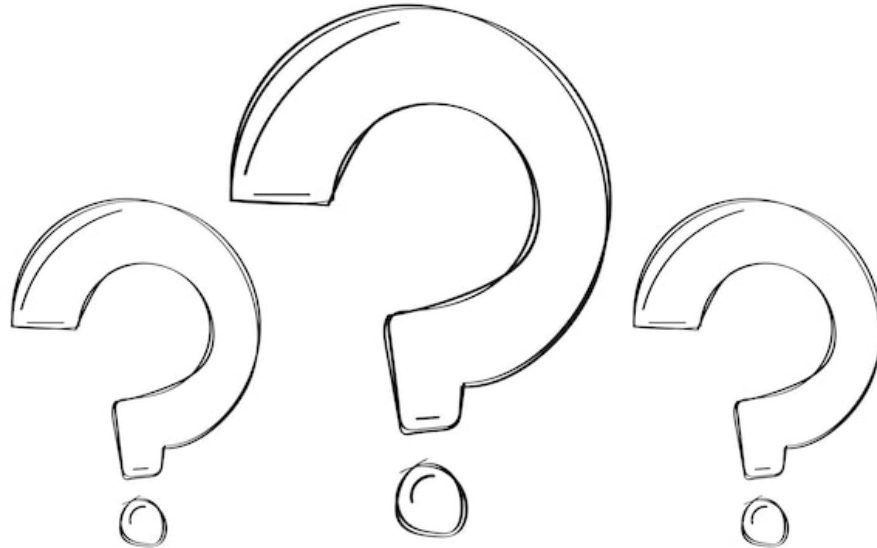






Figure 11 Detecting swelling of the metacarpophalangeal (MCP) joints with the two-finger technique, flexing the MCP joints at 30° and pushing on the palmar aspect with the index fingers.



Figure 12 Detecting proximal interphalangeal joint swelling; four-finger technique, alternating compression with the left and right hands.



EN RÉSUMÉ

- Importance du diagnostic précoce
- Détecter synovite:
 - Grosses: limitation mobilité passive + active
 - Petites: palpation
- Consultation rapide en rhumatologie si > 3mois, > 1 articulation ou mains/pieds
- Atteinte coude/poignet/MCP/cheville: doit faire rechercher origine secondaire (traumatisme, rhumatisme inflammatoire)

3

STRATÉGIE THÉRAPEUTIQUE

1. Introduction / épidémiologie
2. Principes de prise en charge
- 3. Stratégie thérapeutique**
4. Complications extraarticulaires
5. Mode de vie / nutrition

POLYARTHRITE RHUMATOÏDE



TRAITEMENT

PRINCIPES



Traitement précoce



Treat to target (rémission)

Clinical Disease Activity Index (CDAI)

Joint	Left		Right	
	Tender	Swollen	Tender	Swollen
Shoulder				
Elbow				
Wrist				
MCP 1				
MCP 2				
MCP 3				
MCP 4				
MCP 5				
PIP 1				
PIP 2				
PIP 3				
PIP 4				
PIP 5				
Knee				
Total	Tender:		Swollen:	



Patient Global Assessment of Disease Activity

Considering all the ways your arthritis affects you, rate how well you are doing on the following scale:

Very Well 0 0.5 1.0 1.5 2.0 2.5 3.0 3.5 4.0 4.5 5.0 5.5 6.0 6.5 7.0 7.5 8.0 8.5 9.0 9.5 10 Poor

Your Name _____ Date of Birth _____ Today's Date _____

Provider Global Assessment of Disease Activity

Very Well 0 0.5 1.0 1.5 2.0 2.5 3.0 3.5 4.0 4.5 5.0 5.5 6.0 6.5 7.0 7.5 8.0 8.5 9.0 9.5 10 Poor

How to Score the CDAI

Variable	Range	Value
Tender joint score	(0-28)	
Swollen joint score	(0-28)	
Patient global score	(0-10)	
Provider global score	(0-10)	
Add the above values to calculate the CDAI score	(0-76)	

CDAI Score Interpretation	
0.0 - 2.8	Remission
2.9 - 10.0	Low Activity
10.1 - 22.0	Moderate Activity
22.1 - 76.0	High Activity

Diagnostic

POLYARTHRITE RHUMATOÏDE



TRAITEMENT

PRINCIPES

-  Traitement précoce
-  Treat to target (rémission)

ATTENTION AUX INTERACTIONS MÉDICAMENTEUSES: EXEMPLE DU MTX

Classe	Exemples
Antibiotiques sulfamidés	Sulfaméthoxazole, sulfadiazine
Diaminopyrimidine	Triméthoprim, pyriméthamine
Hydantoïnes	Phénytoïne, fosphénytoïne
Antibiotiques phénicolés	Chloramphénicol
Dérivés pyrazolés	Métamizole



Hôpitaux
Universitaires
Genève

Recommandations Société Suisse de Rhumatologie:
<https://www.rheuma-net.ch/fr/informations-d-experts/recommandations-traitement>



UNIVERSITÉ
DE GENÈVE

FACULTÉ DE MÉDECINE
Département de médecine

RECONNAITRE UNE POUSSÉE

Pas de critères existants

Augmentation des scores d'activités (articulations douloureuses/tuméfiées, syndrome inflammatoire)

Ecouter le patient

Symptômes généraux: état subfébrile/fièvre, asthénie, inappétence

TRAITEMENT DE LA POUSSÉE

Prednisone 10 mg (parfois 15-30 mg selon patient)

Diminution selon symptoms/signes cliniques sur quelques semaines

Si crises fréquentes ou réduction de prednisone pas possible: revoir le traitement de fond

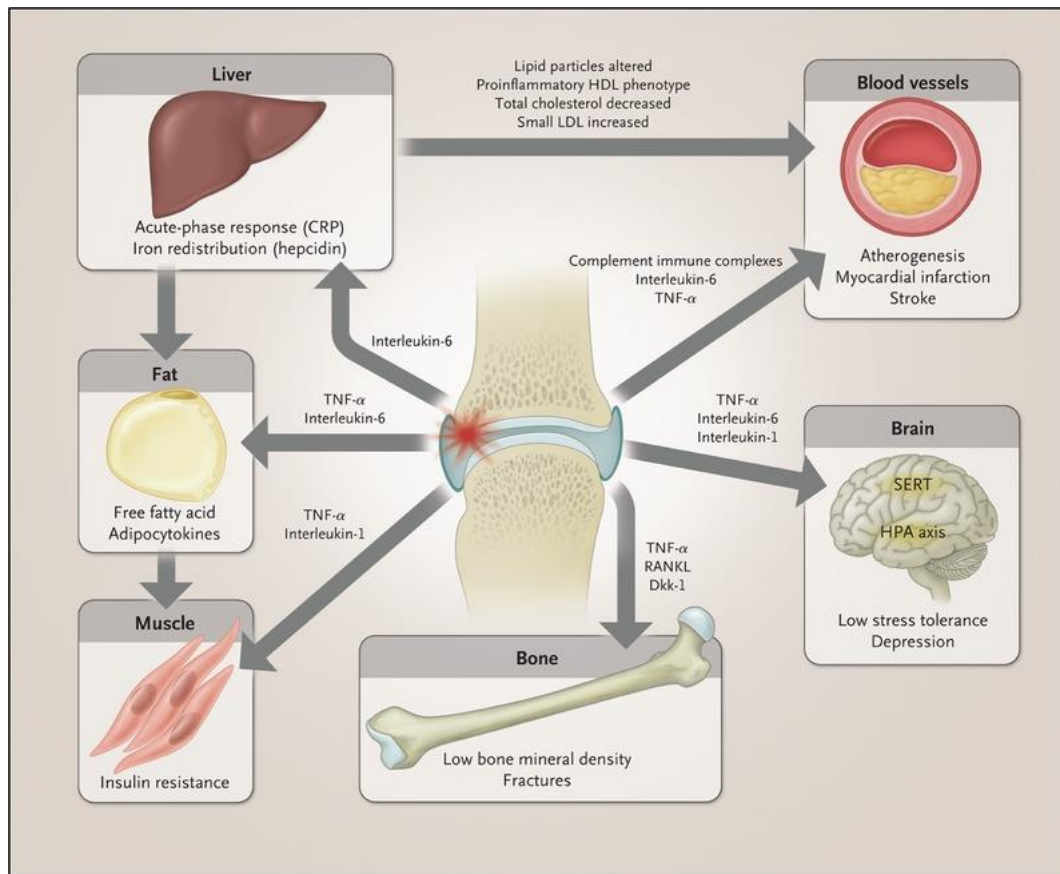
EN RÉSUMÉ

- Evaluation selon scores cliniques (CDAI, DAS28)
- Objectif: rémission (ou faible activité maladie)
- Premier palier: traitement conventionnel (ex. MTX) / deuxième palier: biologiques et petites molécules (inhibiteurs de JAK)
- Attention aux interactions entre les traitements de la PR et les autres traitements des patients

4

COMPLICATIONS EXTRA-ARTICULAIRES

1. Introduction / épidémiologie
2. Principes de prise en charge
3. Stratégie thérapeutique
4. **Complications extraarticulaires**
5. Mode de vie / nutrition



McInnes IB, Schett G. The pathogenesis of rheumatoid arthritis. *N Engl J Med.* 2011 Dec 8;365(23):2205-19. doi: 10.1056/NEJMra1004965. PMID: 22150039.



Hôpitaux
Universitaires
Genève



**UNIVERSITÉ
DE GENÈVE**

FACULTÉ DE MÉDECINE
Département de médecine

COMPLICATIONS PRINCIPALES EXTRA-ARTICULAIRE

- Maladies cardiovasculaires
- Infections
- Cancer
- Ostéoporose
- Atteinte pulmonaire
- Impact psychosocial

COMPLICATIONS PRINCIPALES EXTRA-ARTICULAIRE

- **Maladies cardiovasculaires**
- Infections
- Cancer
- Ostéoporose
- Atteinte pulmonaire
- Impact psychosocial

COMPLICATIONS PRINCIPALES EXTRA-ARTICULAIRE

- **Maladies cardiovasculaires**
- Infections
- Cancer
- Ostéoporose
- Atteinte pulmonaire
- Impact psychosocial

MALADIES CARDIOVASCULAIRES

MALADIE CARDIOVASCULAIRE

La PR augmente le risque cardiovasculaire:

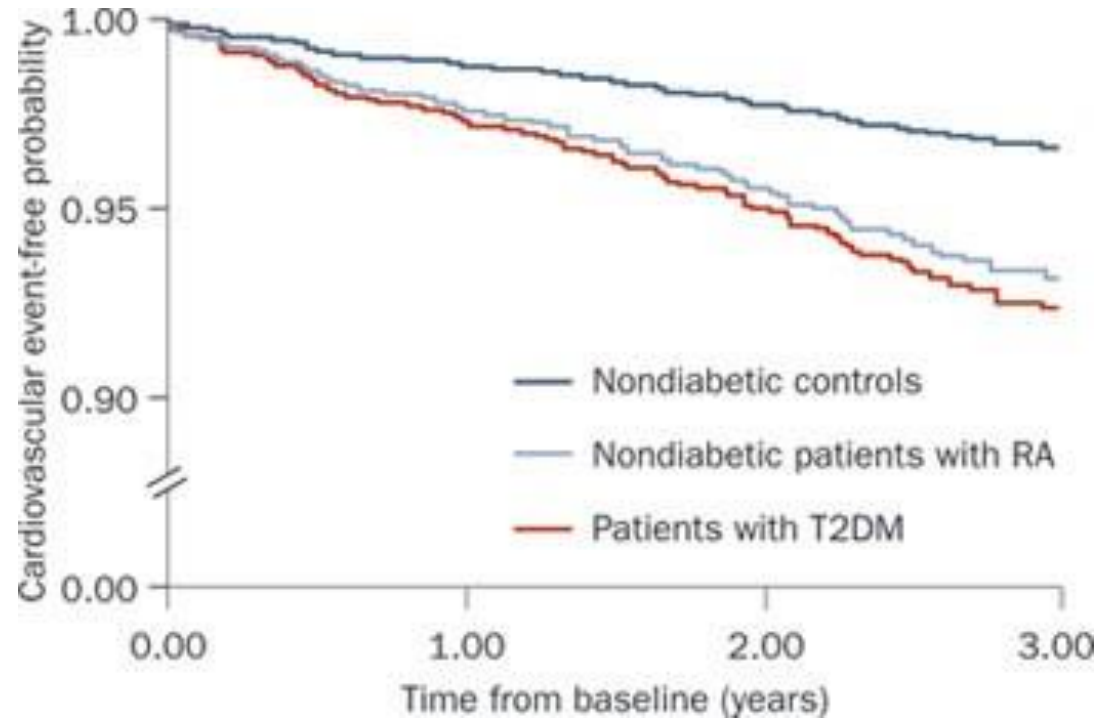
- Moins que le diabète
- D'autant que le diabète
- Plus que le diabète

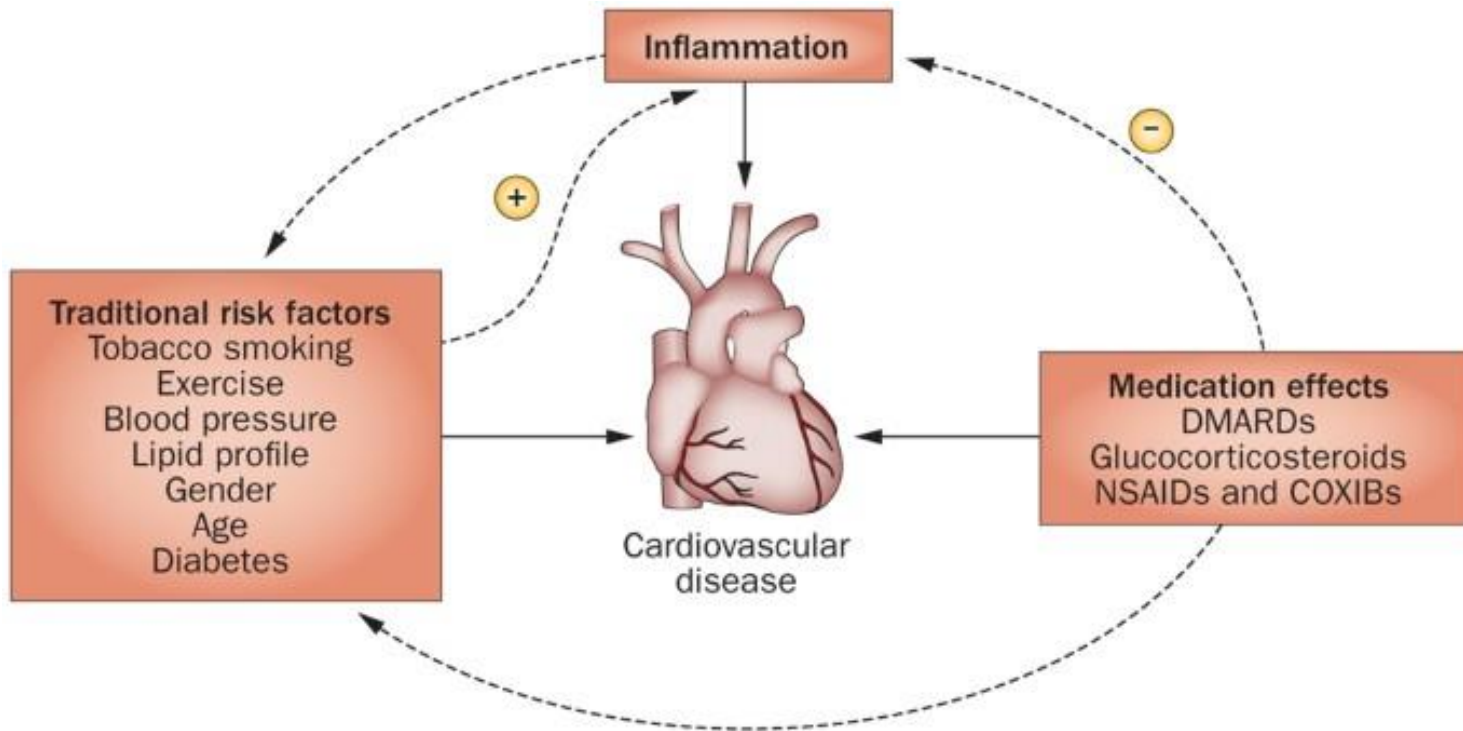
MALADIE CARDIOVASCULAIRE

La PR augmente le risque cardiovasculaire:

- Moins que le diabète
- **D'autant que le diabète**
- Plus que le diabète

MALADIES CARDIOVASCULAIRES





Nature Reviews | Rheumatology



Hôpitaux
 Universitaires
 Genève

Nurmohamed MT, Heslinga M, Kitas GD. Cardiovascular comorbidity in rheumatic diseases. Nat Rev Rheumatol. 2015 Dec;11(12):693-704. doi: 10.1038/nrrheum.2015.112.



**UNIVERSITÉ
 DE GENÈVE**

FACULTÉ DE MÉDECINE
 Département de médecine

SCORES PRÉDICTIONNELS DE RISQUE

- Facteur 1.5 x

Calculateur de risque du GSLA



Applicable uniquement aux personnes apparemment en bonne santé.

En utilisant le calculateur de risque du GSLA, vous confirmez que vous avez lu et accepté les [Conditions d'utilisation](#).

Veuillez tenir compte des [Explications relatives au calculateur de risque du GSLA](#).

Données d'ordre général

Âge (20–75 ans)
 ans

PA systolique en mmHg (100–225 mmHg)
 mmHg

Sexe
 Homme Femme

Lipides sanguins

LDL (1.94–6.47 mmol/l)
 mmol/l

HDL (0.65–1.94 mmol/l)
 mmol/l

TG (0.57–4.52 mmol/l)
 mmol/l

Autres données

Fumeur
 Oui Non

Infarctus du myocarde chez parents, grands-parents ou frères et sœurs avant 60 ans
 Oui Non

Depuis octobre 2022
[Le diabète sera directement attribué à une catégorie de risque.](#)

MALADIES CARDIOVASCULAIRES: EN RÉSUMÉ

Risque plus élevé dans la PR

Prise en charge:

- Dépistage et prise en charge des FRCV adapté au rhumatisme (pondération des scores x 1.5)
- Activité de la maladie la plus faible possible
- Dose de glucocorticoïde la plus faible possible
- Attention aux AINS

COMPLICATIONS PRINCIPALES EXTRA-ARTICULAIRE

- Maladies cardiovasculaires
- **Infections**
- Cancer
- Ostéoporose
- Atteinte pulmonaire
- Impact psychosocial

INFECTIONS

LA PR ET SES TRAITEMENTS AUGMENTE

- A. De 80% le risque de complication de la grippe
- B. De 4x le risque d'infection à pneumocoque
- C. De 3x le zona

LA PR ET SES TRAITEMENTS AUGMENTE

- A. De 80% le risque de complication de la grippe**
- B. De 4x le risque d'infection à pneumocoque**
- C. De 3x le zona**

RISQUE INFECTIEUX

Infections sévères: 4-5/100 patients années chez patients sous biologiques

Maladie/condition	Risque
Influenza	+20% risque d'infection et + 80% risque de complications
Pneumocoque	PR: x 4 risque d'infection, x 2-4 risque de complications
Herpès zoster	x3 risque d'infection
HBV	Pas clair
COVID-19	Risque d'infection: données conflictuelles mais probablement + élevé. Risque de complications plus élevé, surtout si CS et certains biologiques comme le rituximab

Tableau 1

Vaccinations recommandées de base 2022

État: 2022

Recommandations de la Commission fédérale pour les vaccinations et de l'Office fédéral de la santé publique.

Âge	Diphtérie (D / d) ¹⁾ Tétanos (T) ²⁾ Pertussis (P _a / p _a) ¹⁾	<i>Haemophilus influenzae</i> de type b (Hib)	Polio-myélite (IPV) ⁴⁾	Hépatite B (HBV)	Pneumo-coques	Rougeole (R) Oreillons (O) Rubéole (R)	Varicelle (VZV)	Papillo-mavirus humain (HPV)	Influenza
2 mois	DTP _a	Hib	IPV	HBV ⁶⁾	PCV				
4 mois	DTP _a	Hib	IPV	HBV ⁶⁾	PCV				
9 mois						ROR ⁹⁾			
12 mois*	DTP _a	Hib	IPV	HBV ⁶⁾	PCV	ROR ⁹⁾			
4–7 ans	DTP _a /dTp _a ¹⁾		IPV ⁴⁾			10)			
11–14 / 15 ans	dTp _a		5)	HBV ^{6) 7)}		10)	VZV ¹¹⁾	HPV ¹³⁾	
25 ans	dTp _a ³⁾		5)	8)		10)	12)		
45 ans	dT ³⁾		5)	8)		10)			
≥ 65 ans	dT ³⁾		5)	8)					annuellement

+ COVID-19 (3 doses + booster)

VACCINS SPÉCIFIQUES POUR LES IMMUNOSUPPRIMÉS

- ▶ Hépatite B
- ▶ Pneumocoque (1x)
- ▶ Grippe (1x/an)
- ▶ Zona : Vaccin contre **Herpès zoster (zona)** :

Les recommandations d'immunisation contre le zona dépendent de l'âge et du traitement

	≥18 ans	≥50 ans	65-79 ans
Avec ou sans immunosuppressions			X
Traitements immunosuppresseurs en monothérapie : biologiques, conventionnels et glucocorticoïdes à faible dose		X	X
Inhibiteur de JAK, combinaison de traitements, corticoïdes à forte dose, immunosuppression sévère	X	X	X

EFFICACITÉ/SÉCURITÉ

Vaccin	Maladie	Efficacité / sécurité
Influenza	PR	Pas d'effet sur activité maladie Risque hospitalisation: HR 0.65 (0.45-0.94) Mortalité: HR 0.62 (0.39-0.97)
Pneumocoque	PR	Pneumovax: pas d'efficacité
	PR/spondylarthrites	Prevnar: Probable diminution du risque d'infections sévères RR 0.55, 0.25-1.22
Zona (Shingrix)	Maladies immunomédiées	Pas d'augmentation des effets secondaires 90.5% d'efficacité (incidence passe de 11.1 à 1.1/1000 pa)
COVID-19	Rhumatisme inflammatoire	Pas d'effet sur l'activité maladie (alors que infectionne augmente risque de poussée) 3 doses: efficacité de 87% sur hospitalisation



Hospitaux
Universitaires
Genève

Rondaan C, Furer V, Heijstek MW, et al. *RMD Open* 2019;5:e001035.

Dagnew AF, Rausch D, Hervé C, Zahaf T, Levin MJ, Schwind A; ZOE-50/70 study group. Efficacy and serious adverse events profile of the adjuvanted recombinant zoster vaccine in adults with pre-existing potential immune-mediated diseases: a pooled post hoc analysis on two parallel randomized trials. *Rheumatology (Oxford)*. 2021 Mar 2;60(3):1226-1233. doi: 10.1093/rheumatology/keaa424. PMID: 32910152; PMCID: PMC7937016. Xie Y et al. *Front Immunol*. 2022 Jul 4;13:919979. doi: 10.3389/fimmu.2022.919979.

Shen C et al. *Ann Rheum Dis*. 2022 Jun;81(6):875-880. doi: 10.1136/annrheumdis-2021-222045

Risk M et al. *Lancet Rheumatol*. 2022 Nov;4(11):e775-e784. doi: 10.1016/S2665-9913(22)00216-8.



UNIVERSITÉ
DE GENÈVE

FACULTÉ DE MÉDECINE
Département de médecine

VACCINS VIVANTS

Sans contre-indication	Contre-indication
<ul style="list-style-type: none">• Corticothérapie courte à faible dose (< 20 mg/j d'équivalent prednisone)• Corticothérapie non systémique• Sulfasalazine• Antipaludéens• Aprémilast• Sels d'or	<ul style="list-style-type: none">• Corticothérapie systémique (> 20 mg/j d'équivalent prednisone)• Traitement de fond classique: méthotrexate, léflunomide, azathioprine, ciclosporine, cyclophosphamide• Traitements biologiques: inhibiteurs du TNFα, rituximab, abatacept, anti-IL-6, anti-IL-17, bélimumab, ustékinumab, abatacept• Traitements ciblés: inhibiteurs de JAK

Vaccins vivants: BCG, choléra, polio oral, varicelle (Zostavax), fièvre jaune, rougeole-oreillons-rubéole, fièvre typhoïde orale

Délai avant:

3 mois

CS: 1 mois

Rituximab: 12 mois

Léflunomide: 2 ans

Délai après: 4 semaines



Hôpitaux
Universitaires
Genève

Finckh A, Eperon G, Lauper K. Prévention vaccinale chez les patients avec des maladies rhumatismales Rev Med Suisse. 2022 Mar 16;18(773):482-486.
SSR, recommandations 09-2021, <https://www.rheuma-net.ch/fr/dok/sgr-dokumente/behandlung/therapie-fr/autres/373-recommandations-de-vaccination-pour-les-patients-atteints-d-une-maladie-rhumatismale-inflammatoire/file>



UNIVERSITÉ
DE GENÈVE

FACULTÉ DE MÉDECINE
Département de médecine

ANTI-IL-6 ET INFECTIONS

= tocilizumab (Actemra), sarilumab (Kevzara)

Suppression de la CRP (et également VS, dans une moindre de mesure): n'est plus un marqueur fiable d'infection

INFECTION: EN RÉSUMÉ

Risque plus élevé d'infections et complications infectieuses

Prise en charge:

- Traitement d'épargne cortisonique
- Plan vaccinal avec vaccins de la population générale + vaccins spécifiques (pneumocoque, influenza, zona)
- Timing de la vaccination pour les vaccins vivants
- Attention à la CRP (pas fiable) sous anti-IL-6

COMPLICATIONS PRINCIPALES EXTRA-ARTICULAIRE

- Maladies cardiovasculaires
- Infections
- **Cancer**
- Ostéoporose
- Atteinte pulmonaire
- Impact psychosocial

CANCER

QUEL EST LE RISQUE DE CANCER D'UN PATIENT AVEC PR

- 1,2x population générale?
- 1,5 x
- 2x
- 2,5x
- 3x

QUEL EST LE RISQUE DE CANCER D'UN PATIENT AVEC PR

- 1,2x population générale?
- 1,5 x
- 2x
- **2,5x**
- 3x

RISQUE DE CANCER

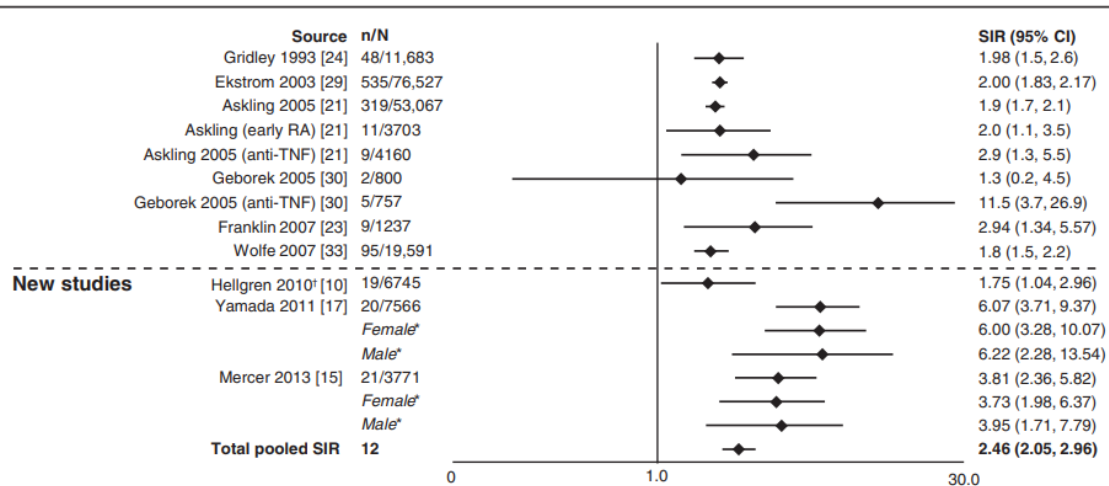


Fig. 3 Relative risk of malignant lymphoma in patients with rheumatoid arthritis (RA) compared with the general population. CI, confidence interval; n, number of malignancies; N, population size; OR, odds ratio; SIR, standardized incidence ratio; TNF, tumor necrosis factor. *SIRs by sex are not included in the total pooled SIR. [†]Reported as odds ratio

QUEL BILAN?

- Screening lié à l'âge, sexe, FR
- FSC régulièrement
- Considérer CT pulmonaire dans PR + tabac
- Anti-TNF (potentiellement tous les biologiques): bilan dermatologique

QUAND SE POSER LA QUESTION D'UN CANCER?

- Maladie très agressive, atypique ou ne répondant pas aux traitements
- Symptômes constitutionnels hors de proportion
- Histoire familiale

CANCER: EN RÉSUMÉ

- Dépistage selon âge/sexes/facteurs de risque/caractéristiques/traitements
- Activité de la maladie la plus faible possible

COMPLICATIONS PRINCIPALES EXTRA-ARTICULAIRE

- Maladies cardiovasculaires
- Infections
- Cancer
- **Ostéoporose**
- Atteinte pulmonaire
- Impact psychosocial

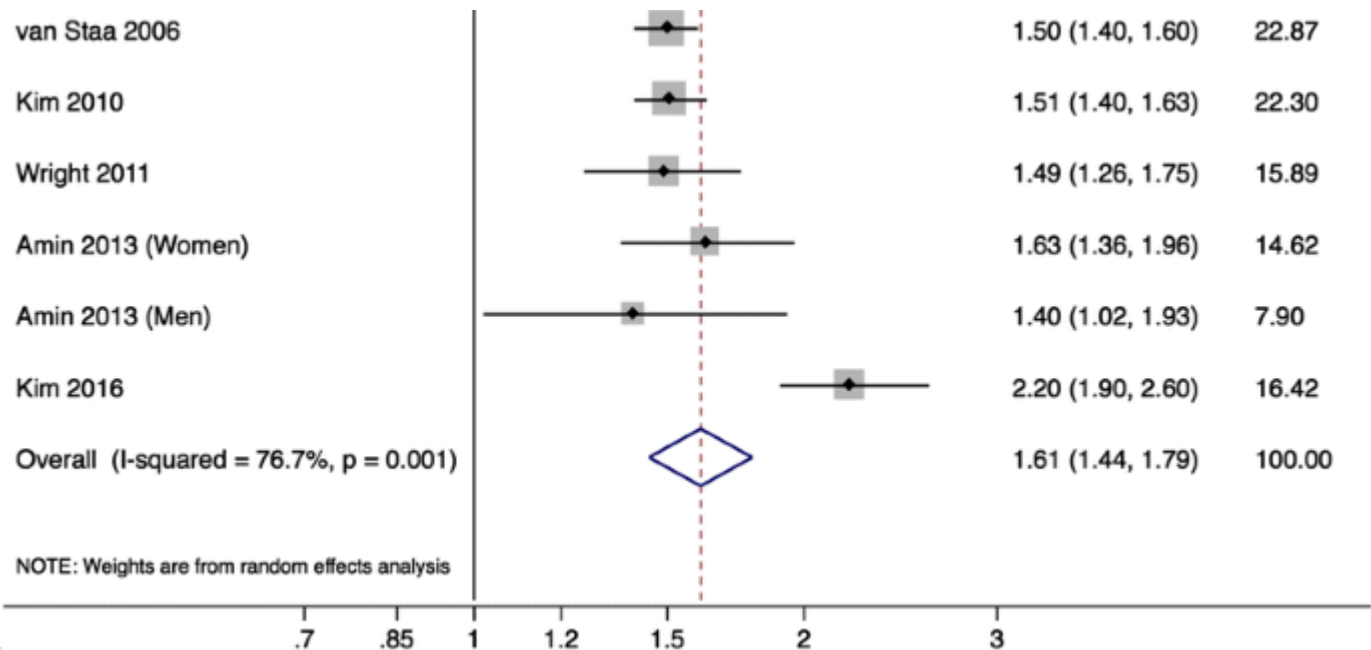
4. OSTÉOPOROSE ET RHUMATISMES INFLAMMATOIRES



**UNIVERSITÉ
DE GENÈVE**

FACULTÉ DE MÉDECINE
Département de médecine

RISQUE DE FRACTURE DE FRAGILITÉ DANS LA PR



Augmentation également du risque de toutes les fractures

COMMENT ET QUAND PRÉVENIR/TRAITER

- Traiter maladie de base (diminution inflammation)
- Doses la plus faible de corticoïde
- Dépistage et traitement ostéoporose/ostéoporose induite par les glucocorticoïdes

QUI TRAITERIEZ-VOUS AVEC UN BIPHOSPHONATE

- Patiente de 51 ans avec T score de -1,1, 7 mg de prednisone depuis 4 mois, ménopausée
- Patiente de 45 ans, avec T score de -1.4, 10 mg de prednisone depuis 6 mois, non menopausée
- Patient de 58 ans avec T score de -1,6, 10 mg de prednisone depuis 1 mois et prévue encore min 5 mg pendant 3 mois

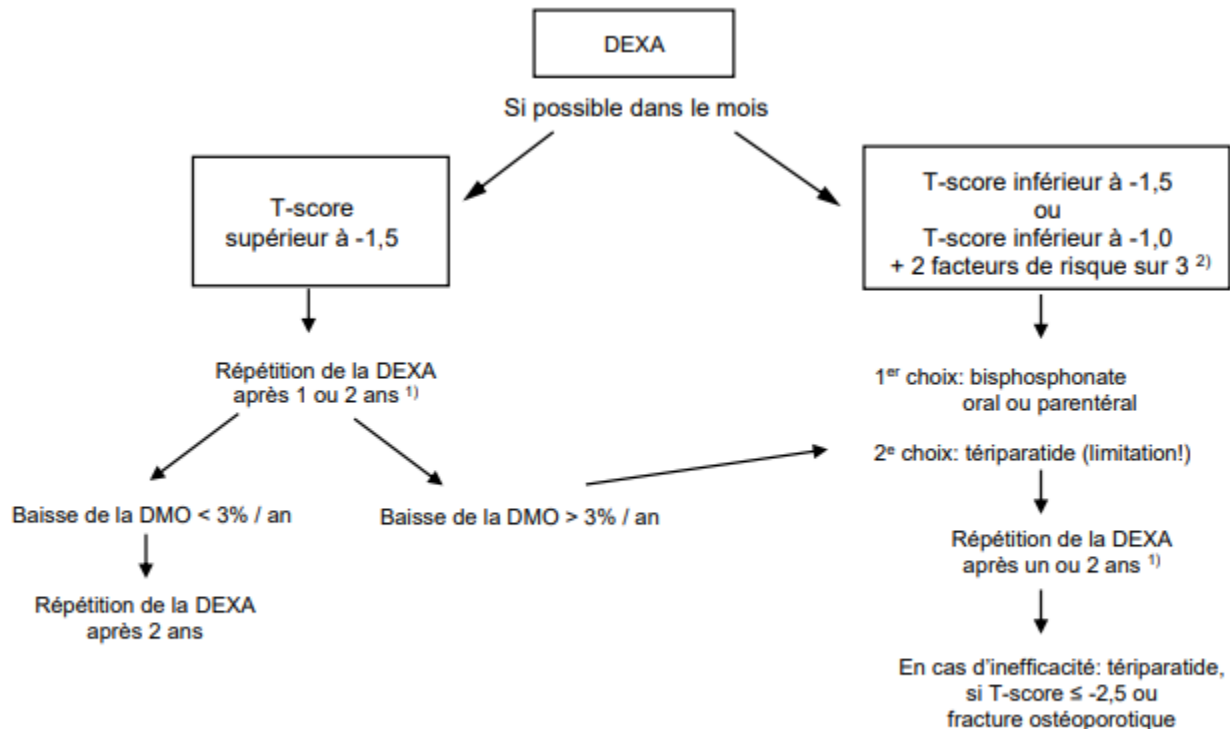
QUI TRAITERIEZ-VOUS AVEC UN BIPHOSPHONATE?

- **Patiente de 51 ans avec T score de -1,1, 7 mg de prednisone depuis 4 mois, ménopausée**
- **Patiente de 45 ans, avec T score de -1.4, 10 mg de prednisone depuis 6 mois, non menopausée**
- **Patient de 58 ans avec T score de -1,6, 10 mg de prednisone depuis 1 mois et prévu encore min 5 mg pendant 3 mois**

Traitement envisagé ou en cours aux corticostéroïdes
≥ 5 mg de prednisolone / jour durant plus de 3 mois

Tous les patients

Prise de calcium 1000-1200 mg / jour
Substitution vitamine D3 800-1200 UI / jour
Diminution des facteurs de risque de l'ostéoporose



¹⁾ Pas de prestation obligatoire de la caisse maladie après 1 an

²⁾ Age > 50 ans, postménopause, dose de prednisolone ≥ 20 mg / jour

OSTÉOPOROSE: EN RÉSUMÉ

Risque élevé d'ostéoporose

Prise en charge:

- Diminution de l'activité de la maladie
- Dose la plus faible possible de glucocorticoïdes
- Dépistage dès 5 mg/j de prednisone > 3 mois avec prise en charge selon FRAX / T-score (≤ 1.5) (Z-score si < 40)

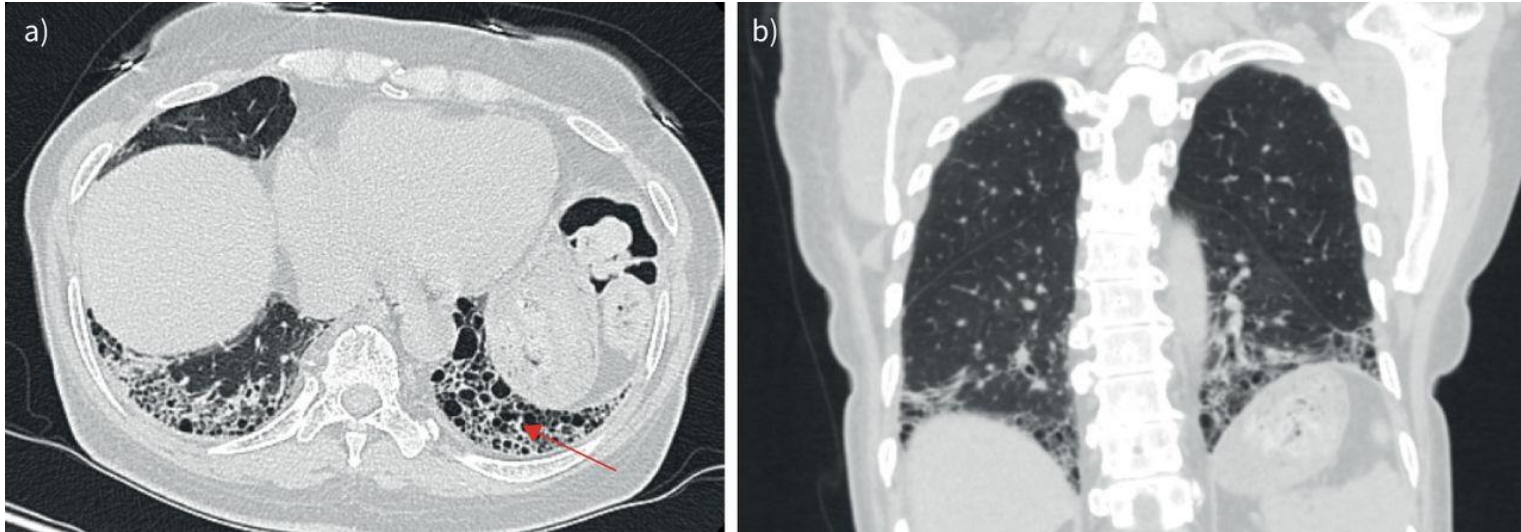
COMPLICATIONS PRINCIPALES EXTRA-ARTICULAIRE

- Maladies cardiovasculaires
- Infections
- Cancer
- Ostéoporose
- **Atteinte pulmonaire**
- Impact psychosocial

ATTEINTE PULMONAIRE

ATTEINTE PULMONAIRE: JUSQU'À 60%

Tous les compartiments pulmonaires



ATTEINTE PULMONAIRE

10-65% selon le type de screening

Le plus fréquemment: pneumopathie interstitielle / atteintes des bronches-bronchioles

Augmente le risque de mortalité



Hôpitaux
Universitaires
Genève

Hoffmann, T., Oelzner, P., Franz, M. *et al.* Assessing the diagnostic value of a potential screening tool for detecting early interstitial lung disease at the onset of inflammatory rheumatic diseases. *Arthritis Res Ther* **24**, 107 (2022). <https://doi.org/10.1186/s13075-022-02786-x>



**UNIVERSITÉ
DE GENÈVE**

FACULTÉ DE MÉDECINE
Département de médecine

QUEL SCREENING?

Radiographie de thorax (ddx, dépistage avant traitement)

Fonctions pulmonaires / HRCT si haut risque (fumeur, hommes, âgés, ...)



Hôpitaux
Universitaires
Genève

Doyle TJ, Dellaripa PF. Lung Manifestations in the Rheumatic Diseases. Chest. 2017 Dec;152(6):1283-1295. doi: 10.1016/j.chest.2017.05.015. Epub 2017 May 25. PMID: 28552544; PMCID: PMC5812749.



**UNIVERSITÉ
DE GENÈVE**

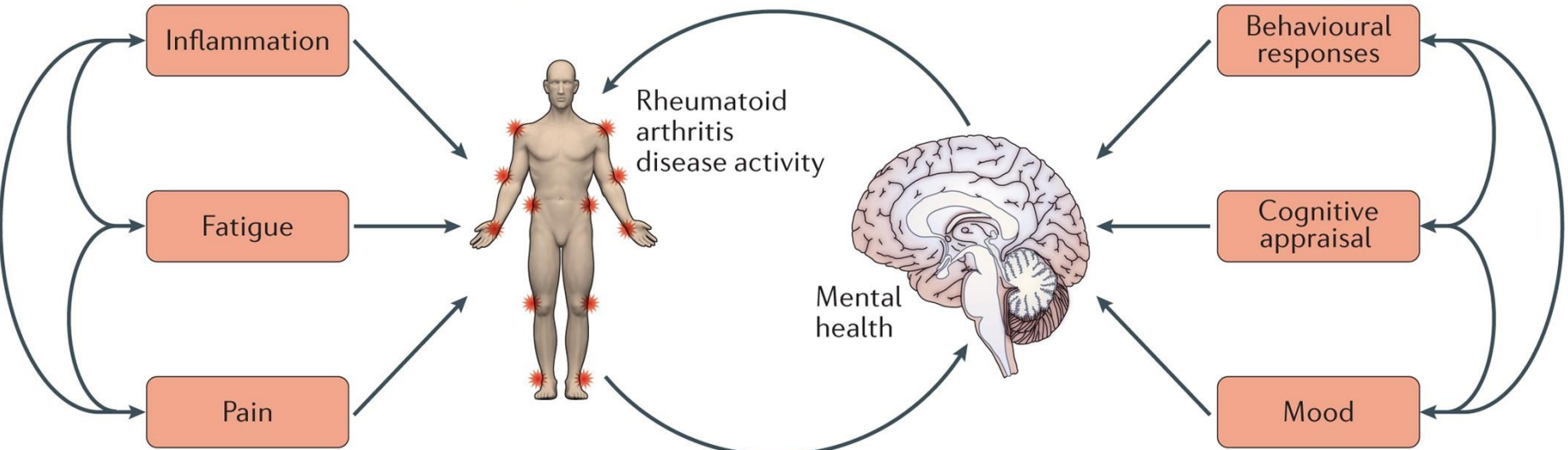
FACULTÉ DE MÉDECINE
Département de médecine

COMPLICATIONS PRINCIPALES EXTRA-ARTICULAIRE

- Maladies cardiovasculaires
- Infections
- Cancer
- Ostéoporose
- Atteinte pulmonaire
- **Impact psychosocial**

IMPACT PSYCHOSOCIAL

- Adherence to medical treatment
- Active coping strategies (e.g. exercise)
- Stress and mood management



- Physical, social, and occupational impairment
- Level of disease activity



PRISE EN CHARGE

- Y penser et dépister
- Programmes d'éducation du patient (ex: ligue cantonale/ligue suisse contre le rhumatisme)
- Apprentissage autogestion / partenaire actif
- Activité physique / hygiène de vie
- Traitement/thérapie spécifique selon besoin

EN RÉSUMÉ

Risque augmenté de:

- Maladies CV
- Cancer
- Infections
- Ostéoporose
- Maladies pulmonaires

Prise en charge:

- Prise en charge adéquate du rhumatisme inflammatoire
- Dose la plus faible des corticoïdes possibles
- Prévention et traitement spécifique des différentes conditions adapté au patient avec un rhumatisme inflammatoire et traitements immunosuppresseurs
- Collaboration généraliste/spécialistes

5

MODE DE VIE ET ALIMENTATION

1. Introduction / épidémiologie
2. Principes de prise en charge
3. Stratégie thérapeutique
4. Complications extraarticulaires
5. **Mode de vie / nutrition**

DANS LES RHUMATISMES INFLAMMATOIRES, ON CONSEILLE

- Le régime sans lactose
- Le régime méditerranéen
- Les suppléments en omega-3
- Les suppléments en vitamine B9, D, E, K

DANS LES RHUMATISMES INFLAMMATOIRES, ON CONSEILLE

- Le régime sans lactose
- **Le régime méditerranéen**
- **Les suppléments en omega-3**
- Les suppléments en vitamine B9, D, E, K

RECOMMANDATIONS NUTRITIONNELLES

- **Accompagner la perte de poids:**
 - permet de contrôler l'activité du rhumatisme
 - effets positifs sur la santé cardio-métabolique et psychologique.
- **Alimentation de type méditerranéen:**
 - Effets bénéfiques sur les symptômes articulaires
 - Santé cardio-métabolique
- Supplémentation en **acides gras essentiels** polyinsaturés (oméga-3, supérieure à 2 g/jour) peut être envisagée

NON RECOMMANDÉS

- Tout autre régime alimentaire
 - Notamment : régime sans gluten, végétalien/végétarien, jeûne, l'éviction des produits laitiers ne devraient pas être proposés
- Supplémentation vitaminique (B9, D, E, K) ou en oligoélément
- Probiotiques

HYGIÈNE DE VIE

- Arrêt du tabac:
 - Activité maladie
 - Efficacité des traitements
 - Complications (CV, cancer, ostéoporose, ...)

- Sommeil

EXERCICE

Améliore:

- Douleur
- Fonction
- Fatigue
- Qualité de vie

Favorise:

- meilleure santé cardiovasculaire
- gestion du poids
- bien-être général

EXERCICE

Combiner:

1) Exercices aérobiques d'intensité modérée

- 64%–76% de la fréquence cardiaque maximale
- Au moins 150 minutes par semaine

2) Exercices de renforcement

- 1) 50%–69% de l'effort maximal d'une répétition
- 2) Deux fois par semaine

EN RÉSUMÉ

- Hygiène de vie saine
- Régime méditerranéen, omega-3, perte de poids
- Exercice/activité physique

CONCLUSION

RESSOURCES UTILES

Site de la société suisse de rhumatologie:

<https://www.rheuma-net.ch/>







ion Informations d'experts Qualité

Recommandations

EFFETS SECONDAIRE ET ATTITUDE:

Cyclophosphamide

Effets secondaires	Réduction de doses	Interruption momentanée	Interruption définitive
Leucopénie	< 3 x 10 ³ /μl	< 2 x 10 ³ /μl	
Thrombopénie	< 100 x 10 ³ /μl	< 80 x 10 ³ /μl	
Infections		+	
Effets secondaires gastro-intestinaux (nausées, anorexie) Calvitie	+ ou traitement symptomatique	(+)	
Cystite hémorragique			+
Fibrose pulmonaire			+
Tumeurs malignes (vessie, lymphome, leucémie, etc.)			+

-  Ostéoporose
-  Recommandations
-  Recommandations
-  Recommandations
-  Recommandations
-  Recommandations

- **Importance du dépistage précoce pour l'introduction rapide du traitement**
- **Activité de la maladie la plus faible possible**
- **Suivi et traitements des complications extraarticulaires**
- **Prise en charge holistique**

merci



Hôpitaux
Universitaires
Genève