



LABORATORY OF RESEARCH ON DIABETES

مختبر بحث سكري

« LAREDIAB »

Présenté par : *Dr. Sendani Doha*

SERVICE DE MEDECINE INTERNE

Pr. A. Lounici

ASSOCIATION DE MEDECINE INTERNE UNIVERSITAIRE DE LA WILAYA DE
TLEMEN « AMIWIT »

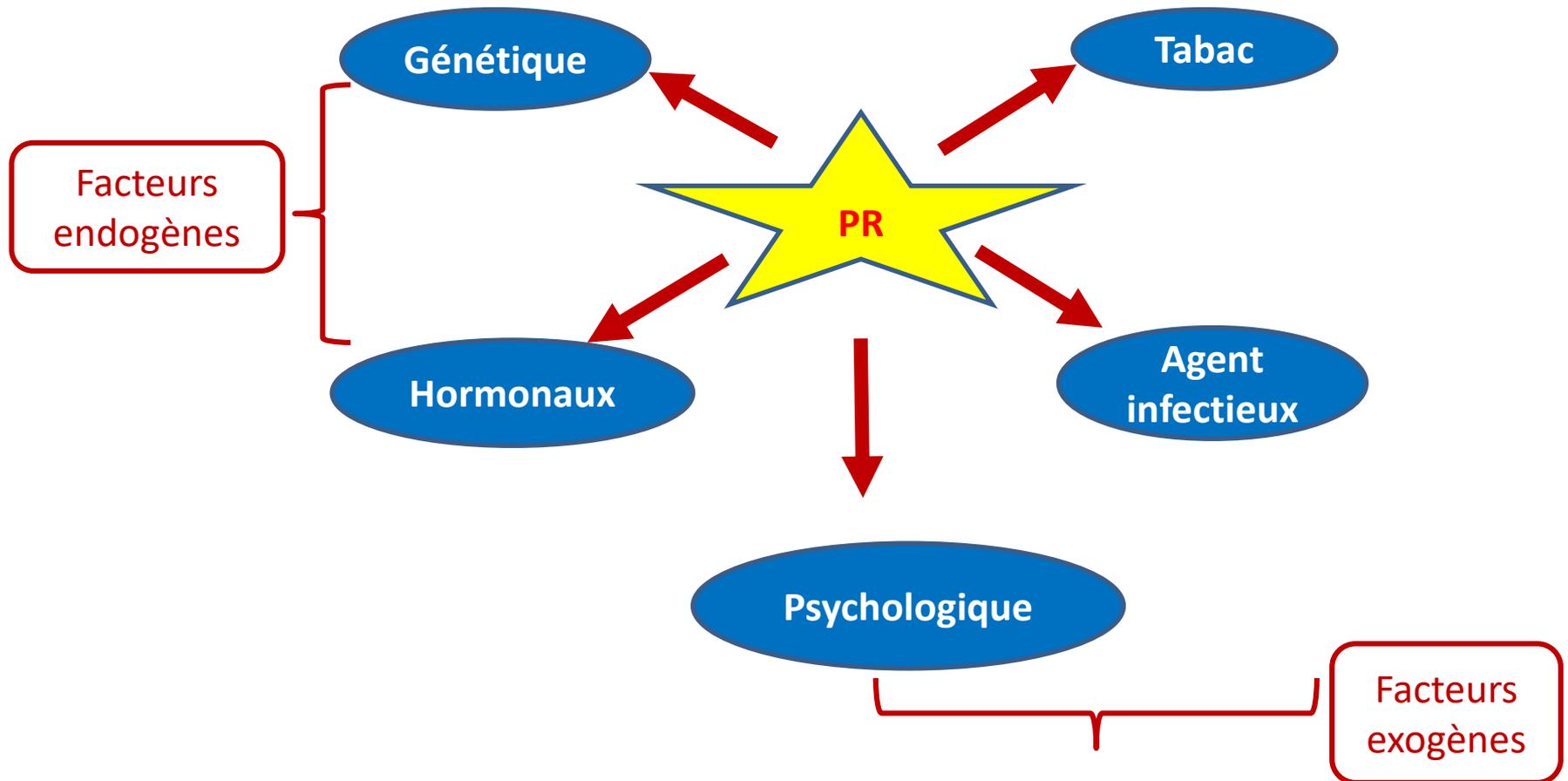
Polyarthrite Rhumatoïde: Prise en charge thérapeutique



introduction / épidémiologie:

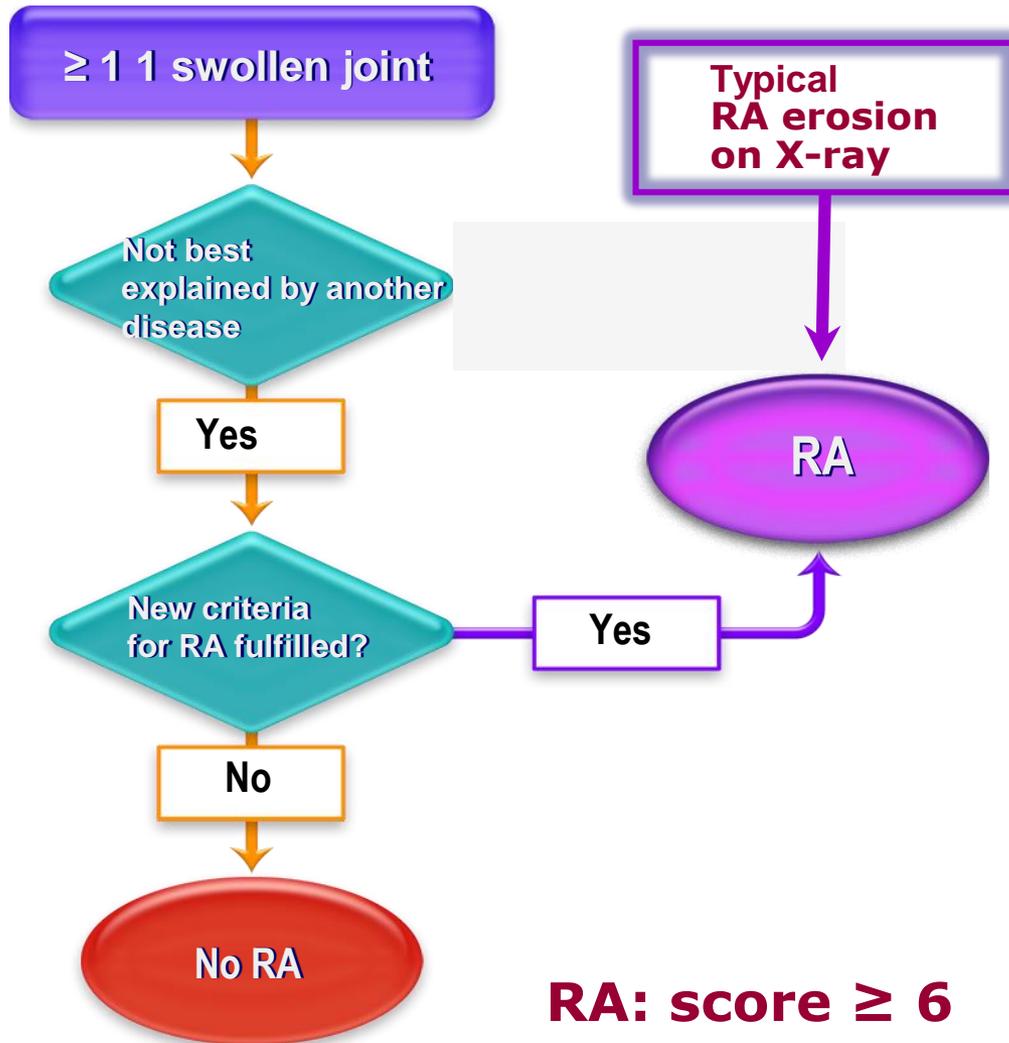
- le plus fréquent des rhumatismes inflammatoires chroniques(0,6 %-1 %)
- Sujet jeune (35 à 55 ans),Femme ++ (4/1)
- **Maladie destructrice et déformante** → **Pronostic fonctionnel**
- **Maladie systémique** (manifestations extra-articulaires) → **Pronostic vital**
- Maladie auto-immune sur Terrain familial
- Problème de santé publique++ → **Conséquences socio-professionnelles**

Étiopathogénie :



Diagnostic

2010 ACR/EULAR for the classification & diagnosis of rheumatoid arthritis



RA: score ≥ 6

Joint involvement(0-5)	
1 large joint	1
2-10 large joints	2
1-3 small joints (large joints not counted)	3
4-10 small joints (large joints not counted)	4
> 10 joints (at Least one small joint)	5
Sérology (0-3)	
RF négative ET ACPA négative	0
RF low level (1 à 3 x ULN) OR ACPA low level (1 à 3 x ULN)	2
RF high level(> 3 x ULN) OR ACPA high level (> 3 x ULN)	3
Symptoms duration (0-1)	
< 6 weeks	0
≥ 6 weeks	1
Acute Phase reactants (0-1)	
CRP normal AND ESR normal	0
CRP abnormal OR ESR abnormal	1

Manifestations extra-articulaires

- **Cutanées:** Nodules Rhumatoïdes, Vascularite cutanée
- **Oculaires:** Sclérite, épisclérite, Xérophtalmie
- **Syndrome de Goujerot Sjogren secondaire**
- **Pleuro-pulmonaires :** pleurésie rhumatoïde, bronchiectasie, fibrose pulmonaire interstitielle diffuse, nodules rhumatoïdes pulmonaires
- **Rénales:** Amylose AA, Glomérulonéphrites, néphropathies interstitielles
- **Cardiaques, Neuromusculaire et Hématologiques (Sd de Felty) ,,,**

Comorbidités

- ▶ **Risque cardiovasculaire (RR 2,79) → 1^{ère} cause de mortalité (IDM, SCA, ICC...)**
- ▶ **Ostéoporose (20-30%)** : Inflammation chronique, CTC , immobilité ...
- ▶ **Risque d'infections**
- ▶ **Risque de lymphome (Sd de Felty...)**

Critères d'évaluation

- **Bilan d'activité clinique:** réalisé par le **DAS28** (Disease Activity Score)

DAS28
Disease Activity Score

14 Nombre d'articulations douloureuses 0-28

18 Nombre d'articulations gonflées 0-28

40 Etat général 0-100

56 VS 1-200

Calcul

Microsoft Internet Explorer

Le DAS28 est de 6,66

OK

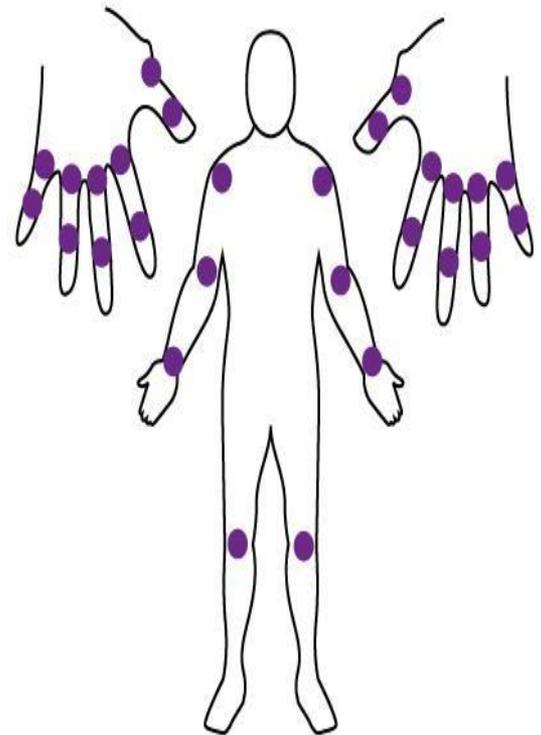
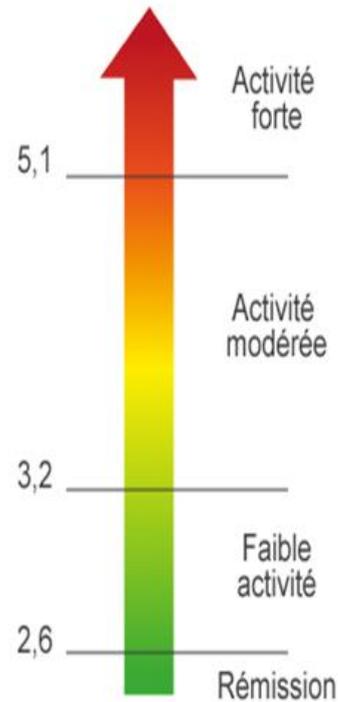
PR active si DAS28 > 3,2

Variations significatives : +/- 1,2

Activité de la PR	DAS 28
Rémission	<2,6
Faible	2,6 à 3,2
Moderée	3,3 à 5,1
Forte	>5,1

Dr Hubert NOVEL
Rhumatologue
38550 LE PEAGE DE ROUSSILLON

Score DAS Activité de la PR



➤ EVALUATION FONCTIONNEL: HAQ (Health Assessment Questionnaire)

- Évalue la qualité de vie dans le quotidien du patient.
- PLUSIEURS ITEMS: faire sa toilette, s'habiller, se lever, manger, marcher avec aide ou accessoires
- Score:
 - Score0=aucune difficulté
 - Score1=quelque difficulté
 - Score2=beaucoup de difficulté
 - Score3=incapable de le faire

 UNIVERSITE ABOUBAKR BELKAID FACULTE DE MEDECINE BENAOUA DA BENERDIER CHU TIDJANI DAMERDI SERVICE DE MEDECINE INTERNE Pr. A. LOUNICI (Tel/Fax : 043 41 74 57)				
FICHE HAQ polyarthrite rhumatoïde (bouchenak /sendani_lounici)				
Date :		Explorateur :		Médecin Traitant :
Nom	Prénom	DDN	Mobile	
Sexe=	Age=	Assuré (O/N)	Date du DG :	
Co morbidités				
Médicaments en cours				
Etes-vous capable de :	Sans aucune difficulté	Avec quelque difficulté	Avec beaucoup de difficulté	Incapable de le faire
Habillage, soins corporels				
> vous habiller, y compris nouer vos lacets et boutonner vos vêtements ?				
> vous laver les cheveux ?				
Se lever				
> vous lever d'une chaise ?				
> vous mettre au lit et vous lever du lit ?				
Les repas				
> couper votre viande ?				
> porter à votre bouche 1 tasse ou 1 verre bien plein ?				
> ouvrir une brique de lait ou de jus de fruit ?				
La marche				
> marcher en terrain plat à l'extérieur ?				
> monter 5 marches ?				
Hygiène				
> vous laver et vous sécher entièrement ?				
> prendre un bain ?				
> vous asseoir et vous relever des toilettes ?				
Attraper				
> prendre un objet pesant 2,5 kg situé au-dessus de votre tête ?				
> vous baisser pour ramasser un vêtement par terre ?				
Préhension				
> ouvrir une porte de voiture ?				
> dévisser le couvercle d'un pot déjà ouvert une fois ?				
> ouvrir et fermer un robinet ?				
Autres activités				

➤ EVALUATION RADIOLOGIQUE:

Score de SHARP modifié

	UNIVERSITE ABOU BEKR BELKAID FACULTE DE MEDECINE BENOUDA BENZERDJEB CHU TIDJANI DAMERDJI TLEMCEM SERVICE DE MEDECINE INTERNE Pr A. LOUNICI	
--	--	---

SCORE RADIOLOGIQUE DE SHARP MODIFIE

(Beghdadi_Sendani_Lounici_Version102017)

Date :	Explorateur :	Médecin Traitant :
nom	Prénom	DDN
		Mobile

Il est fait au Dg puis tous les 6 mois la première année puis tous les ans pendant 3 ans puis tous les 2 a 4 ans.

Date	Au moment de DG	La 1 ère consult HDJ	A 6mois	A une année
Pincement artulaire				
Erosions osseuses				
Score total				

Comment calculer ?

Erosions

- Elles sont recherchées sur 16 sites au niveau des mains (5 articulations interphalangiennes proximales, 5 métacarpophalangiennes, première carpo-métacarpienne, trapèze, scaphoïde, lunatum, radius et ulna). Au niveau des pieds on les recherche sur 6 sites sur les clichés de face et de ¾ (première articulation inter-phalangienne, 5 métatarsophalangiennes) Figure 1.
- Sur chaque site on additionne le score des érosions pour un maximum de 5 au niveau des mains et de 10 au niveau des pieds.
- Chaque érosion est cotée de 0 à 3 figure 2:

0 = pas d'érosion / 1 = petite érosion / 2 = large érosion / 3 = large érosion dépassant la ligne médiane.

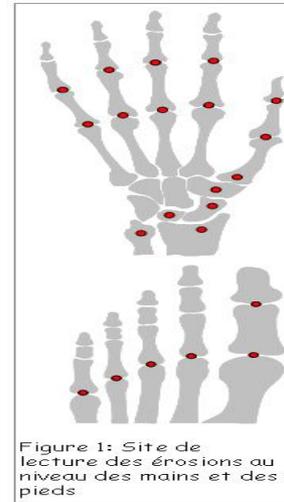


Figure 1: Site de lecture des érosions au niveau des mains et des pieds

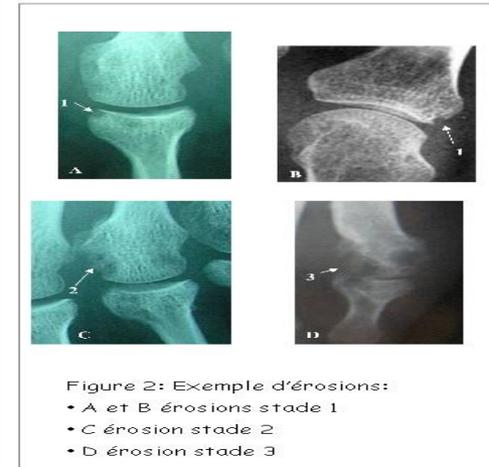


Figure 2: Exemple d'érosions:

- A et B érosions stade 1
- C érosion stade 2
- D érosion stade 3

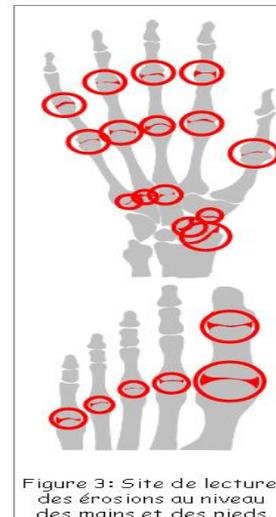


Figure 3: Site de lecture des érosions au niveau des mains et des pieds

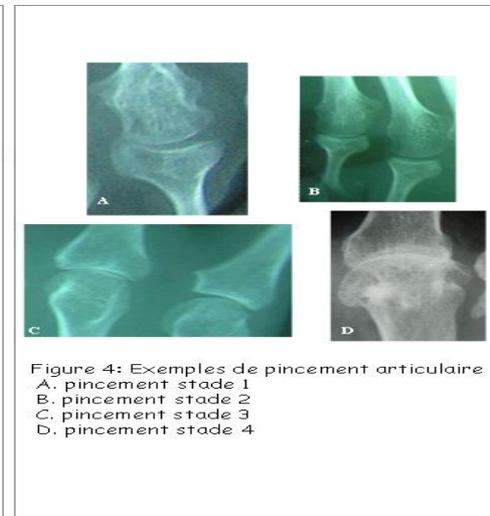


Figure 4: Exemples de pincement artulaire

- A. pincement stade 1
- B. pincement stade 2
- C. pincement stade 3
- D. pincement stade 4

Facteurs de mauvais pronostic

ACR 2014 :

1. **Activité modérée à élevée de la maladie (DAS > 3.2)**
2. **Score HAQ > 0.5**
3. **Positivité précoce des auto-anticorps FR et surtout son titre élevé et/ou ACPA positif**
4. **Apparition précoce de lésions érosives en imagerie**
5. **Existence de manifestations extra-articulaires (systémiques autres que ténosynovite)**

SFR 2018 :

1. **Niveau élevé de syndrome inflammatoire biologique (VS et CRP)**
2. **Nombre élevé d'articulations gonflées**
3. **Activité de la maladie modérée à forte malgré un traitement par DMARDs conventionnels**
4. **Présence de facteur rhumatoïde et d'ACPA surtout si taux élevés ($\geq 3N$)**
5. **Érosions osseuses précoces**
6. **Échec de ≥ 2 DMARDs conventionnels**



Recommandations thérapeutiques



Objectifs thérapeutiques

**Induire et
maintenir
la rémission**

**Contrôler
la progression
radiographique**

**Prévenir
le handicap
irréversible**

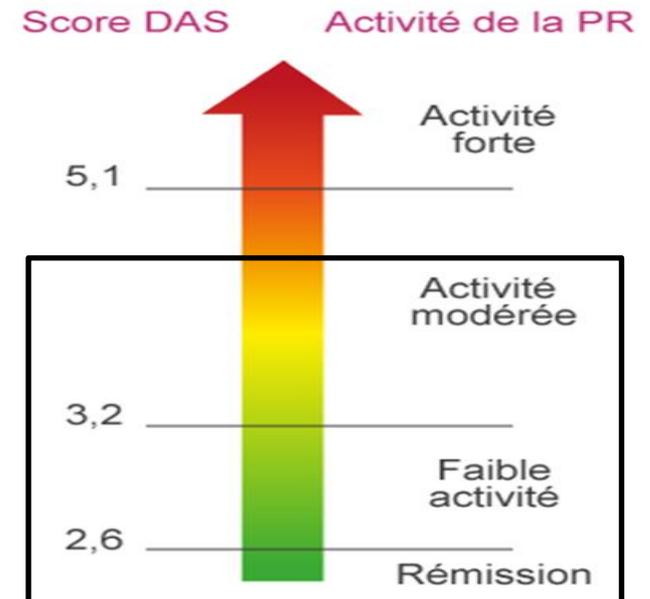
**Prévenir
les complications
générales :
cardiovasculaires ,
ostéoporose....**

- **Les critères de réponse thérapeutique de l'EULAR :**

- **Une bonne réponse** : différence de DAS28 par rapport au DAS initial $>1,2$.
- **Une réponse modérée** : différence de DAS 28 entre 0,6 et 1,2.
- **la non réponse** : différence de DAS $28 \leq 0,6$.

- **L'objectif thérapeutique:**

- la rémission DAS $28 < 2,6$
- ou faible activité DAS $28 \leq 3,2$
- doit être atteint à 24 semaine .



Les moyens thérapeutiques

➤ Traitements de fond

- DMARDs conventionnels synthétiques
- DMARDs ciblés : 1/ Biologiques
2/ synthétiques ciblés

➤ Médicaments symptomatiques

- Corticoïdes: Faibles doses (posologie moyenne de 7-8 mg/j)
- AINS si pas de contre indication
- Antalgiques : paracétamol, Paracétamol-dextropropoxyphène, tramadol, Morphine (skenan)

➤ Traitements locaux

- Infiltrations, synoviorthèses
- Chirurgie

➤ Réducation

➤ Education thérapeutique

Traitements de fond

TRAITEMENTS DE FOND

CONVENTIONNELS SYNTHÉTIQUES :

csDMARDs (*méthotrexate, leflunomide, sulfasalazine, hydroxychloroquine*)

CIBLÉS

SYNTHÉTIQUES CIBLÉS :

tsDMARD (*tofacitinib et baricitinib*)

BIOLOGIQUES : bDMARDs

- originaux : boDMARDs
- biosimilaires : bsDMARDs

Conventionnels synthétiques csDMARDs

1/Le méthotrexate:



- csDMARDs de première ligne ; doit être commencé le plus précocement possible dès le diagnostic.
- chercher systématiquement les principales contre-indications ou précautions d'emploi du méthotrexate.

Bilan pré thérapeutique

- NFS
- Créatininémie, clairance de la créatinine
- Transaminases, γ GT, phosphatases alcalines, bilirubine, albuminémie
- Electrophorèse des protéines plasmatiques
- Radiographie du thorax
- Sérologies hépatites B et C et avec accord du patient, sérologie VIH et éventuellement sérologie hépatite E à discuter.



Les contre-indications

- Insuffisance hépatique (contre-indication si bilirubine > 5 mg/l)
- Alcoolisme
- Insuffisance rénale (contre-indication si clairance < 30 ml/min)
- Anomalie hématologique sévère
- Infections sévères, aiguës ou chroniques, telles que tuberculose, VIH
- Ulcères de la cavité buccale et maladie ulcéreuse gastro-intestinale évolutive avérée
- Grossesse, allaitement



□ Commencer le MTX à une posologie de 10mg /semaine:

➡ augmenter par paliers de 2,5mg /semaine en présence de signes de mauvais pronostic jusqu'à une dose optimale de 20mg/semaine.

➡ augmenter de 2,5 mg / 2 semaines en absence de facteurs de mauvais pronostic.



- ❑ Doses hebdomadaires à ne pas dépasser 15-20 mg pour la voie orale et 25 mg pour la voie sous-cutanée (ne pas dépasser 0,3mg/kg/sem).
- ❑ En cas d'insuffisance d'effet au-delà de 15 à 20 mg/sem de MTX peros, possibilité d'optimiser en passant a la voie SC.



- ❑ associer systématiquement 10mg d'acide folique par semaine, 48h après la prise du MTX.



2/ SULFASALAZINE: salazopyrine cp 500mg

La dose usuelle est de 2-3g/j
pour la sulfasalazine



3/LEFLUNOMIDE: arava cp 10-20 mg

La dose usuelle est de 20mg/j pour le léflunomide.



4/L'hydroxychloroquine : plaquenil cp:200mg

- ❑ intéressant en association aux autres traitements de fond synthétiques ou biologiques

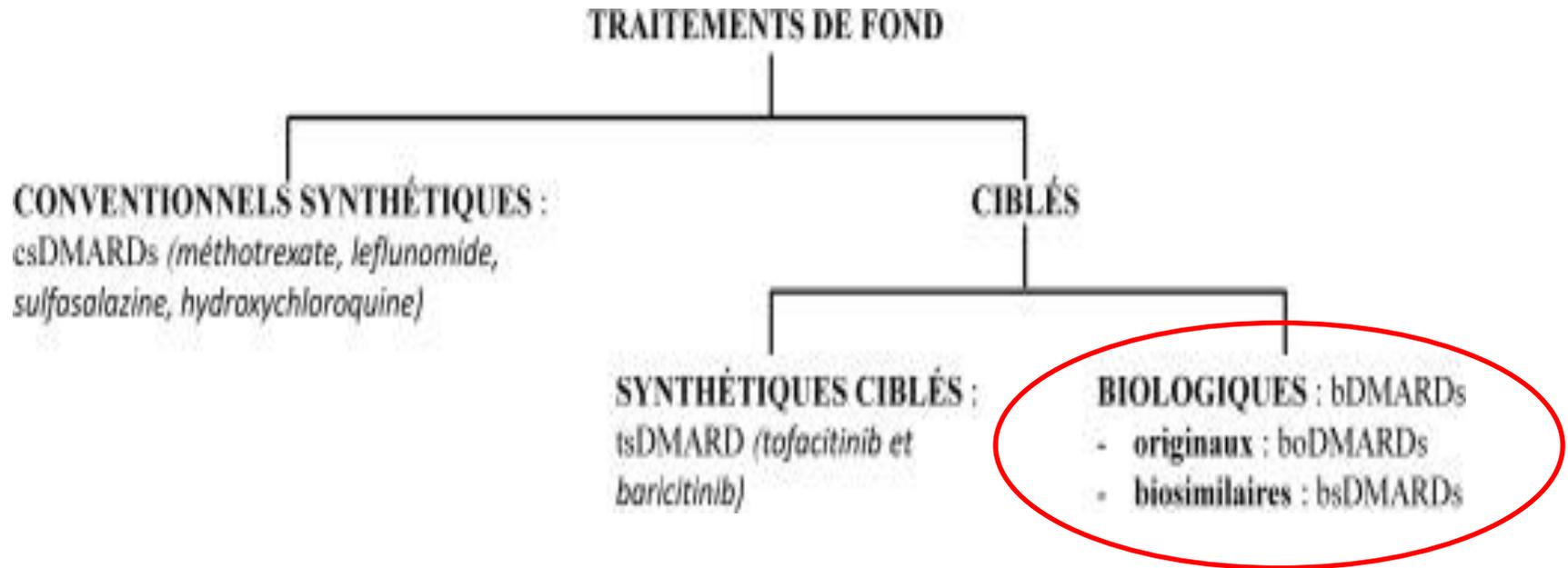


- ❑ n'est pas recommandé en monothérapie du fait d'une efficacité clinique faible et retardée et en l'absence d'efficacité structurale démontrée.



- ❑ On associe systématiquement l'hydroxychloroquine aux autres DMARDS à la dose de 400mg/j du fait de son rôle métabolique et de son bénéfice cardio vasculaire démontré.
- ❑ En respectant les règles d'utilisation et le suivi notamment **oculaire** et **cardio vasculaire** .

Traitements de fond

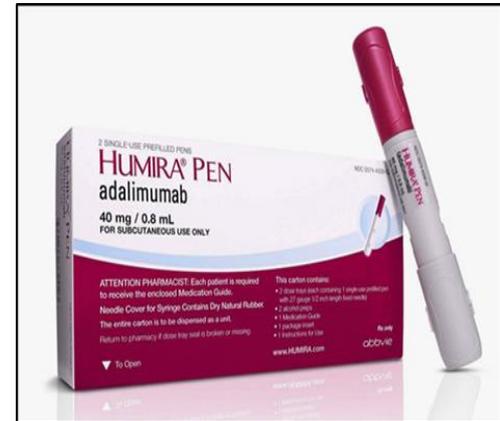


LES BIOLOGIQUES

bDMARDs

- Molécules récentes → Essor considérable durant les dernières décennies
- Diversité des cibles
- Champs d'application large .
- **Efficacité clinique et structurale (+++)**
- Cout élevé

1/Anti TNF α



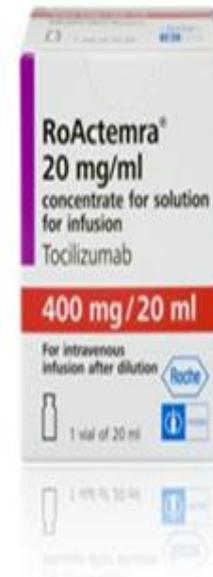
Infliximab (Remicade)	Anticorps monoclonal anti-TNF- α chimérique souris/humain, administration IV
Adalimumab (Humira)	Anticorps monoclonal anti-TNF α humanisé, injection SC
Golimumab (Simponi)	Anticorps monoclonal anti-TNF α humanisé, injection SC
Etanercept (Embrel)	Protéine de fusion Fc – domaine extra-membranaire du récepteur au TNF α (TNFR2)
Certolizumab pegol (Cimzia)	Domaine Fab d'un anticorps monoclonal anti-TNF α ; péglylé. Pas de domaine Fc

2/Rituximab (Mabthera): anti CD20

- Le rituximab est un anticorps monoclonal chimérique dirigé contre la molécule de surface CD20. Il permet de diminuer de façon substantielle le nombre de lymphocytes B par un effet toxique direct



3/Le tocilizumab (Roactemra) : Anticorps monoclonal anti-récepteur de l'interleukine-6 (IL6) .



4/Abatacept : ORENCIA

une protéine de fusion composée du domaine extracellulaire de l'antigène 4 cytotoxique humain associé au lymphocyte T (CTLA-4).



indications

- Traitement de seconde ligne: Chez les patients insuffisamment répondeurs ou intolérants au MTX.
- D'emblé, en présence de facteurs de mauvais pronostic.

Bilan pré thérapeutique

- **Interrogatoire :**

- Antécédents **d'infections récentes sévères :**
- Risque de **tuberculose latente ou active** (anti-TNF+++):
 - Notion de vaccination
 - Contact avec des patients tuberculeux
 - Antécédents de traitement de tuberculose latente ou active
- Antécédent de **lupus** (anti-TNF)
- Grossesse évolutive
- **Néoplasie récente < 5 ans**
- Pathologie démyélinisante comme la **SEP** (CI : anti-TNF)
- **Insuffisance cardiaque congestive sévère** stade III ou IV NYHA (CI : anti-TNF)

Bilan pré thérapeutique

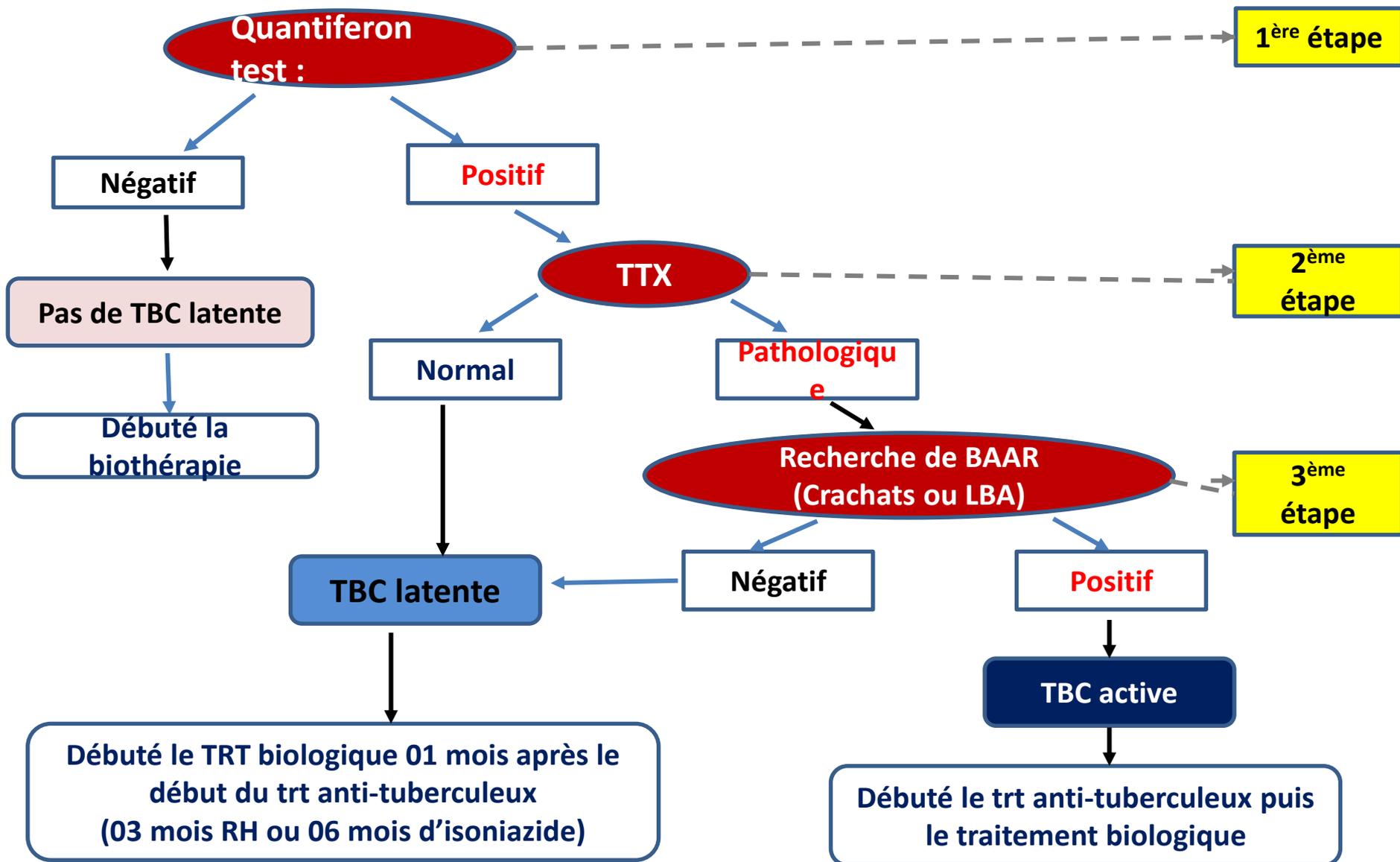
- Examen physique:
- Signes locaux ou généraux d'infection (gingivite, candidose orale ou vaginale, intertrigo, ...)
- **Foyers infectieux** : dentaire, urinaire, cutané, ORL

Bilan pré-thérapeutique

➤ De façon systématique :

- **NFS** avec numération des neutrophiles, lymphocytes et éosinophiles
- **CRP, bilan hépatique, EPS**
- **Bilan rénal:** Créatinine et ionogramme sanguin
- **Sérologies** EBV, CMV et VZV si absence de varicelle documentée
- Sérologies **VHB** (Ag HBs, Ac HBs et HBc, ADN viral si AgHBs+), **VHC et HIV**
- **Béta-HCG** (femme en âge de procréer)
- **Quantiféron gamma** (anti-TNF, IL6)

TBC et anti-TNF alpha : Dépistage systématique



Bilan pré-thérapeutique

➤ Cas particuliers :

- **Ac Anti nucléaires (FAN) et anti-DNA natifs** (risque de maladie auto-immune, lupus induit surtout avec les anti-TNF)
- **Coproculture** avec analyse parasitologique si risque d'infection parasitaire (voyage)
- **ECBU** si ATCD d'infection urinaire à répétition.

Effets indésirables

Anti-TNF alpha	Anti-IL6	Abatacept	Rituximab
<ul style="list-style-type: none"> • Infections atypiques et opportunistes : <ul style="list-style-type: none"> - Réactivation de TBC - Infections virales : Zona, Hépatite B, Hépatite C - Leucoencéphalopathie multifocale progressive (LEMP) : virus JC (polyomavirus (exceptionnelle)) • Les réactions cutanées au site d'injection 	<ul style="list-style-type: none"> • Infection des VAS • Cellulite • Pneumonie • Herpès labial • Zona • Diverticulite • Douleur abdominale • Ulcération buccale 	<ul style="list-style-type: none"> • Infection des VAS • Trachéite • Rhinopharyngite • Sinusite • Infection des voies respiratoires inférieures • Bronchite • Infection urinaire • Herpès 	<ul style="list-style-type: none"> • Infection bactérienne • Infection virale • Infections des voies respiratoires • Infections pulmonaires • Septicémie • Zona • Leucoencéphalopathie multifocale progressive (LEMP) : virus JC (polyomavirus (exceptionnelle))

Contre-indications

Anti-TNF alpha	Anti-IL6	Abatacept	Rituximab
<ul style="list-style-type: none"> • Infections aiguës ou chroniques Situation à haut risque d'infection: <ul style="list-style-type: none"> - Ulcère cutané - Antécédent de TBC non traitée - Sepsis sur prothèse dans les 12 derniers mois - Cathétérisme urinaire à demeure • Néoplasie ou hémopathie • Lésion précancéreuse • Maladie démyélinisante • Insuffisance cardiaque sévère • Grossesse ou allaitement 	<ul style="list-style-type: none"> • Hypersensibilité au Tocilizumab • Infection sévère • Infection non contrôlée • Absence de contraception féminine efficace • Allaitement • Grossesse • Transaminases > 5N 	<ul style="list-style-type: none"> • Hypersensibilité à l'Abatacept • Infection sévère non contrôlée • Absence de contraception féminine efficace • Allaitement • Grossesse • Enfant de moins de 6 ans 	<ul style="list-style-type: none"> • Hypersensibilité rituximab • Infection sévère • Déficit immunitaire sévère • Insuffisance cardiaque sévère • Maladie cardiaque instable • Absence de contraception féminine efficace • Grossesse et allaitement

Modalités de prescription

1/ Il n'y a pas de préférence dans le choix du DMARDb à introduire en premier lieu :

- **L'infliximab (Rémicade®) :** 03 mg/kg perfusion IV à S0, S2, S6 puis toutes les 08 semaines
- **Adalimumab (Humira®) :** 40 mg en s/c toutes les 2 semaines
- **Étanercept (Enbrel®) :** 50 mg/s en s/c
- **Tocilizumab (anti-IL6) :** 8mg/kg IV toutes les 4 semaines

2/ Rituximab (anti-CD20) : (1g en perfusion IV à J0 et J14 puis évaluation à 06 mois) :

- **Traitement biologique de deuxième ligne** (si échec aux autres DMARDb)
- Rituximab est donné en **première ligne en cas de contre-indication aux autres biothérapies** (lymphome, cancer récent, maladie démyélinisant, de tuberculose latente non traitable).

3/ Il est recommandé, avec tous les DMARDb, d'associer le MTX en raison d'une **meilleure efficacité**, en particulier pour les anti-TNF (action immunogène).

4/ En cas d'échec de la première ligne de traitement biologique ou de manque d'efficacité ou de toxicité d'un premier DMARDb, un autre agent biologique peut être utilisé :

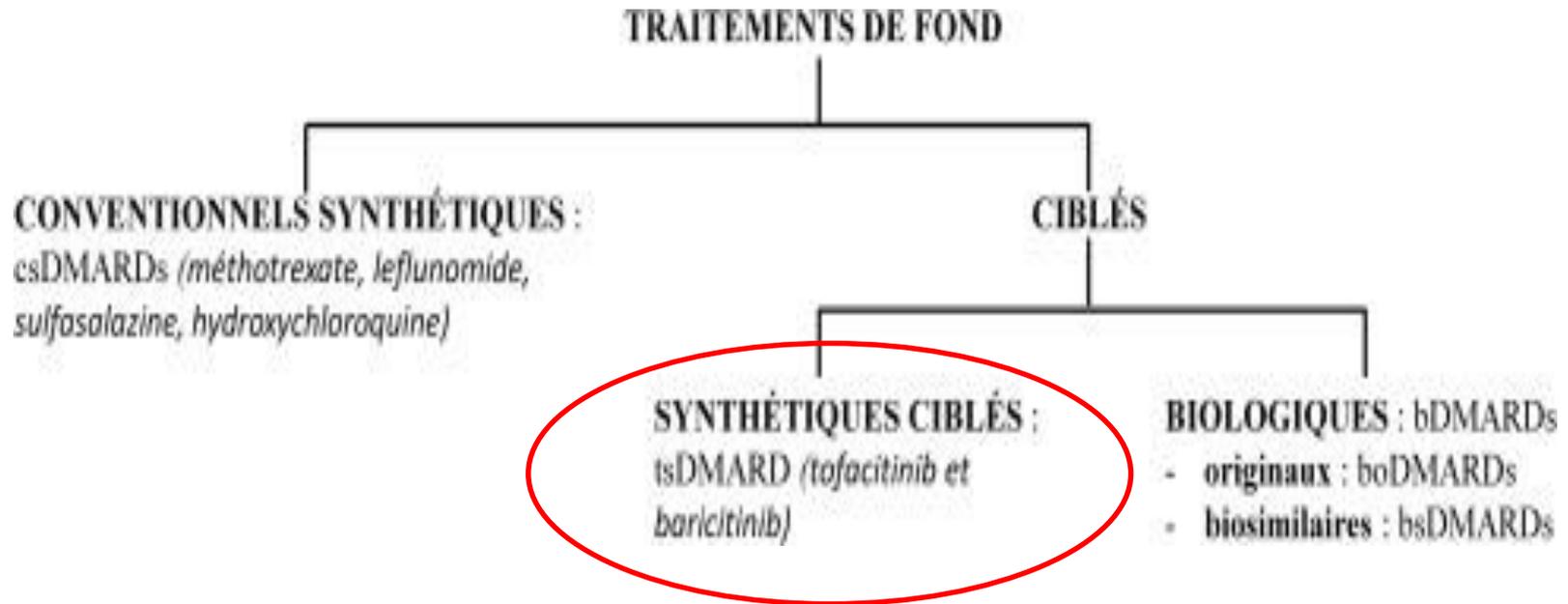
- Un **autre anti-TNF** peut être introduit
- Ou un DMARDb avec un **autre mécanisme d'action** (non-TNF) : abatacept , tocilizumab
- En **monothérapie** : plutôt Etanercept ou Tocilizumab (si CI du MTX)
- Ou synthétique ciblé (anti-JAK)

Evaluation de la tolérance

- **NFS, bilan hépatique , bilan rénal et bilan inflammatoire :**
- Toutes les 02 à 04 semaines les **3 premiers mois**
- Toutes les 08 à 12 semaines **pendant 03 à 06 mois**
- Puis toutes les 12 semaines **après 6 mois**

Ces bilans peuvent être plus **rapprochés** en cas de comorbidités ou de bilan perturbé ou en cas de changement de doses.

Traitements de fond

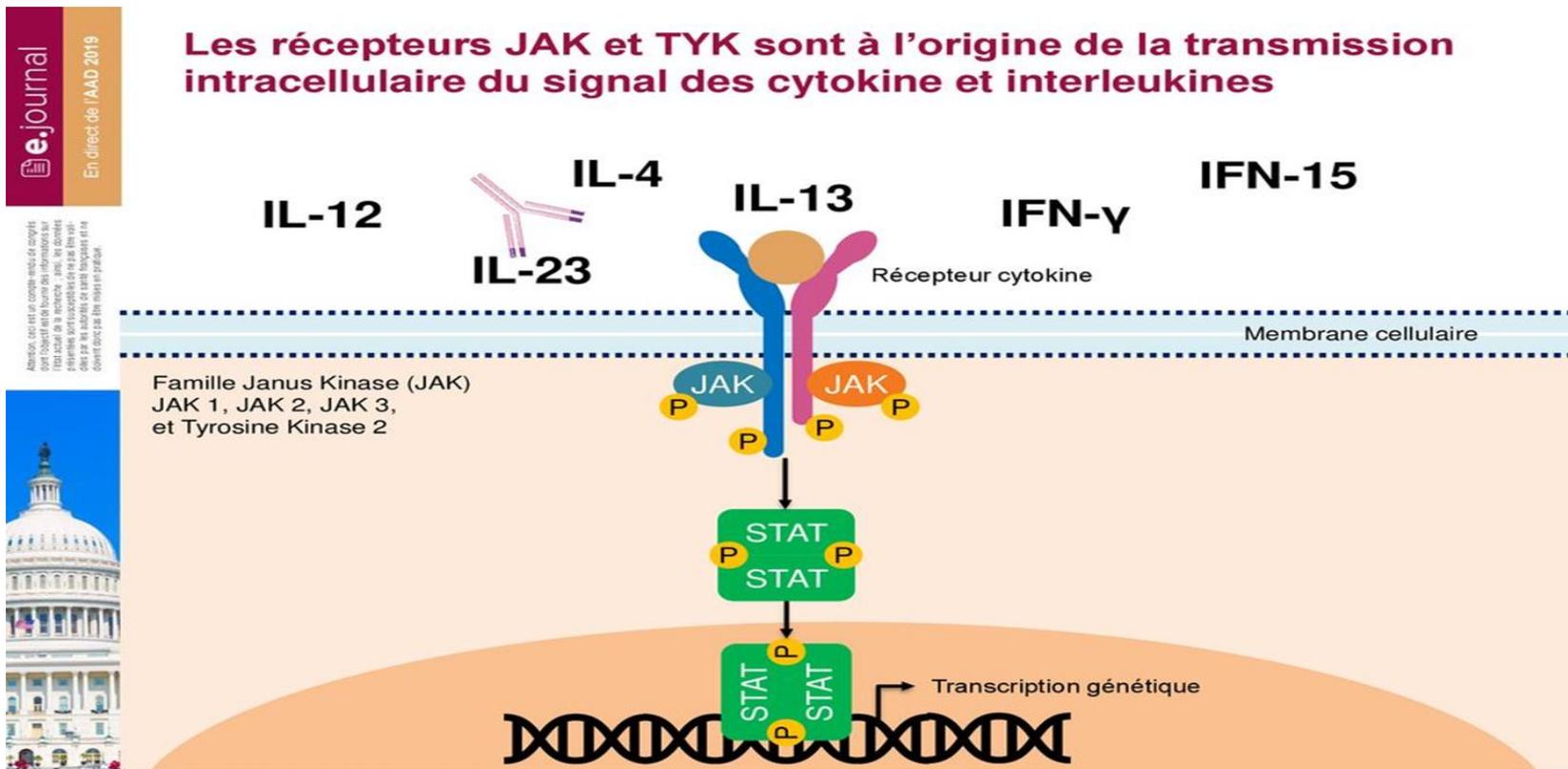


Inhibiteurs De JAK: Janus kinase

- **Un inhibiteur de JAK est un traitement de fond de la polyarthrite rhumatoïde.**
- **Les inhibiteurs de JAK empêchent les enzymes JAK d'agir** (ou du moins diminuent leurs activités), et par conséquent, **aident à réduire l'inflammation.**

Qu'est-ce que Janus Kinase (JAK) ?

- JAK est une enzyme, que l'on retrouve à l'intérieur des cellules impliquées notamment dans la réaction inflammatoire. Elle joue un rôle clé dans la transmission du message à l'intérieur de la cellule : cela déclenchera une réaction inflammatoire.



Qu'est-ce qu'un inhibiteur de JAK?

- Les inhibiteurs de JAK empêchent les enzymes JAK d'agir (ou du moins diminuent leurs activités), et par conséquent, aident à réduire l'inflammation.

- Baricitinib: olumiant cp2-4mg
inhibiteur sélectif et réversible
des Janus kinases (JAK) 1 et JAK2.



- Tofacitinib: xeljanz cp 5mg
inhibe les JAK1 et JAK3



- **toxicité :**

- risque infectieux, et risque de néoplasie paraît similaire à celle des traitements biologiques,

- mais une meilleure connaissance de ces risques après une exposition prolongée est nécessaire.

- **avantages:** - la prise orale (envisageable une fois par jour)

- leur demi-vie courte,

- leur efficacité,

- non immunogène

- le coût de production a priori plus faible que celui des biothérapies

.

Synthétiques ciblés tsDMARD

- Recommandation de EULAR 2021
 - « *si l'objectif thérapeutique n'a pas été atteint avec le premier traitement de fond, lorsque les facteurs de mauvais pronostic sont présents, un DMARDb ou un DMARDts doit être associé* » : outre le nouveau terme *associé* (remplaçant celui d'« *envisager* »)
- cette préconisation n'impose plus que le choix soit plus volontiers posé en faveur d'un traitement de fond biologique (DMARDb),
- les données concernant les anti-JAK permettant notamment d'élargir cette préconisation aux traitements de fond synthétiques ciblés (DMARDts).

TRAITEMENTS SYMPTOMATIQUES

La corticothérapie:

- Dans l'attente de l'efficacité du traitement de fond, une corticothérapie peut être proposée, la dose initiale ne doit pas dépasser 15mg(0,15mg/kg).
- dégression rapide vers 7,5mg/j.
en respectant une dose cumulée faible
- si possible sur une période maximale de 6 mois.



Infiltrations de corticoïdes:

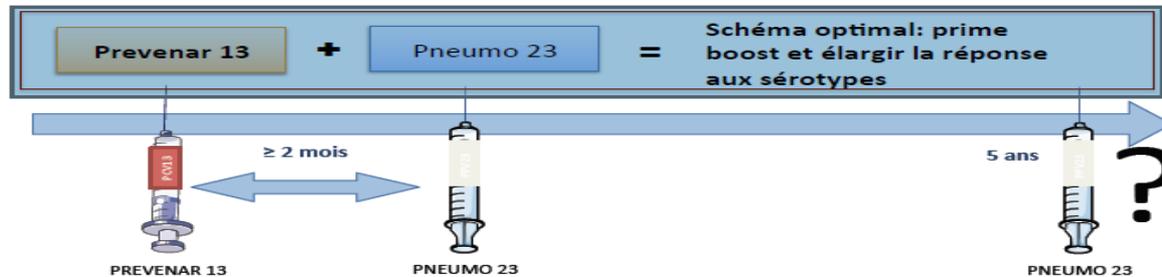
- Infiltrations ciblées des articulations douloureuses.



Vaccination



- La vaccination **anti-pneumococcique, antigrippale et anti-hépatite B** est recommandée avant le début du traitement par DMARDs ou DMARDb



- Non contre-indiqué pendant les différents traitements
- **Contre-indication des vaccins vivant atténués** sous TRT biologique

Vaccination covid19



- **les patients atteints d'une maladie auto-immune systémique** sévère (lupus, sclérodermie, myosite, syndrome de Sjögren...) d'une vascularite, ou d'une maladie auto-inflammatoire nécessitant **des corticoïdes au long cours**, du MMF ou de l'azathioprine ou **du rituximab**, peuvent être considérés à très haut risque de développer une forme grave de Covid-19.

Faut-il arrêter ou poursuivre le traitement de fond pour vacciner contre la Covid-19 ?



- **Pour les vaccins à base d'ARNm ou d'ADN, il n'existe pas de contre-indication à les réaliser sous traitements de fond.**
- **Aucun des vaccins actuellement développés n'étant réalisé avec un virus vivant du SARS-CoV2,**
- **l'arrêt des traitements de fond conventionnels ou ciblés n'apparaît pas nécessaire.**

Le cas particulier d'un traitement par rituximab

Ce traitement est à la fois associé au risque de:

- ❑ de développer une forme sévère de Covid-19
- ❑ d'une moindre production d'immunoglobulines.



• Plusieurs situations peuvent se présenter :

- 1) Si une alternative thérapeutique au RTX est envisageable: une modification temporaire du traitement ciblé pourrait être discutée.
- 2) Si le rituximab (RTX) n'a pas encore été administré et que l'activité de la maladie le permet, il est recommandé d'administrer le vaccin avant le RTX en vue d'obtenir une meilleure réponse vaccinale.
- 3) Si le rituximab a déjà été réalisé et que le vaccin est disponible, il est préférable de vacciner sans attendre car le patient est à considérer comme à risque de forme sévère de Covid-19 .

ALGORITHME DE LA PRISE EN CHARGE DE LA PR

Recommandation SFR 2018

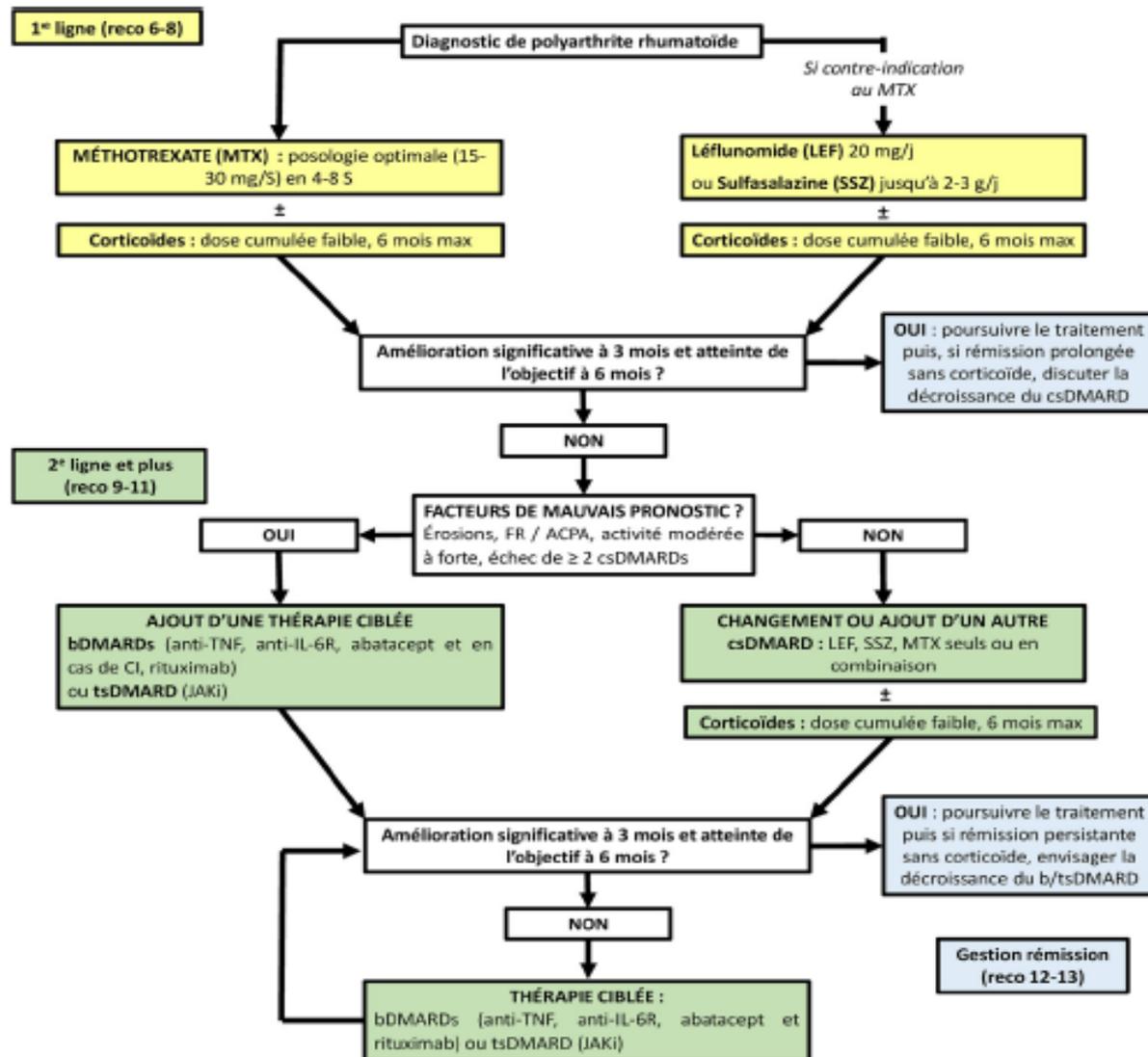
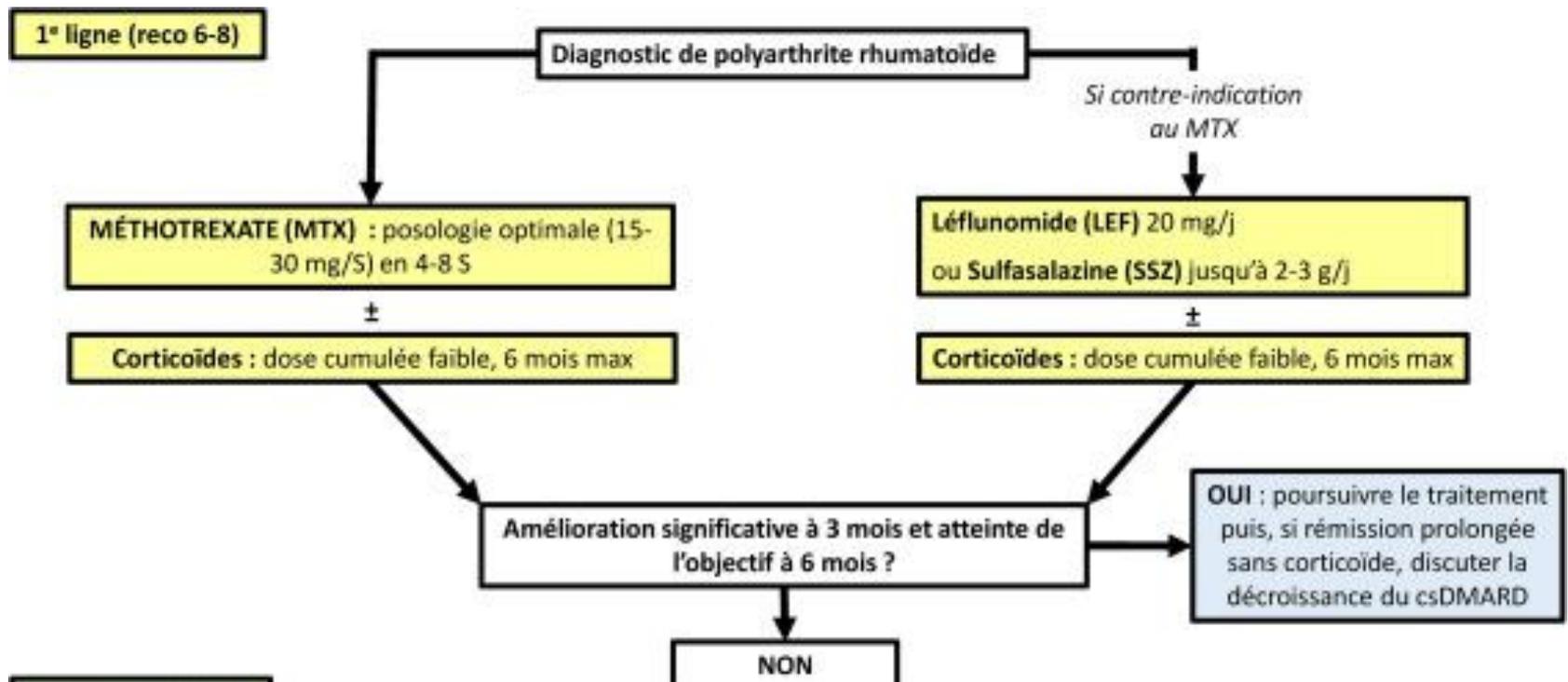
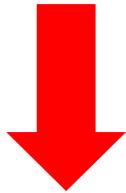


Fig. 3. Stratégie de prise en charge médicamenteuse de la PR. ACPA : anticorps anti-peptides citrulinées ; bDMARD : traitement de fond biologique ; CI : contre-indication ; csDMARD : traitement de fond conventionnel synthétique ; FR : facteur rhumatoïde ; IL-6R : récepteur de l'interleukine 6 ; LEF : leflunomide ; MTX : méthotrexate ; reco : recommandations ; SSZ : sulfasalazine ; TNF : *tumor necrosis factor* ; tsDMARD : traitement de fond synthétique ciblé.

ALGORITHME DE LA PRISE EN CHARGE DE LA PR

Recommandation SFR 2018

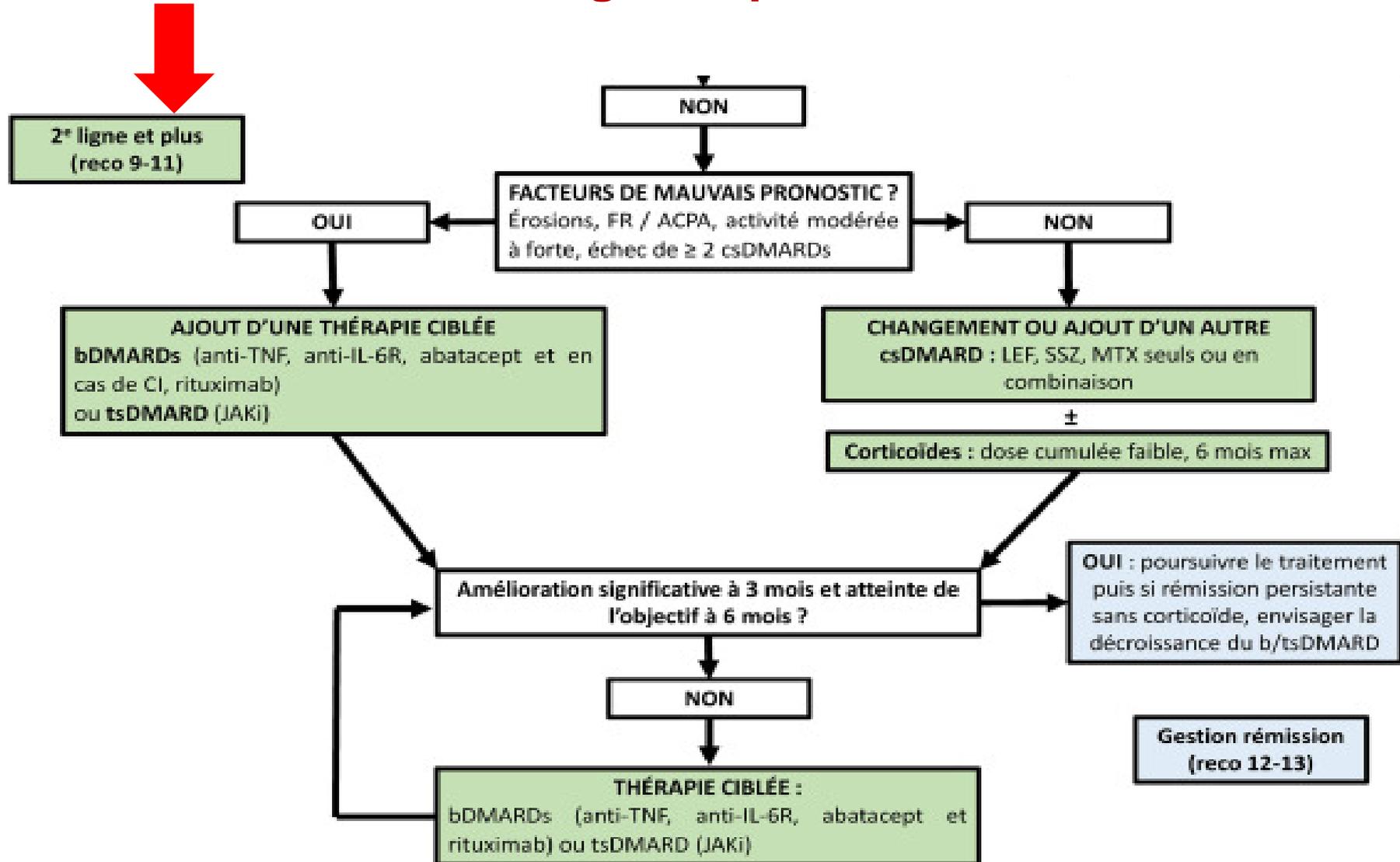
• Traitement de 1ere ligne



ALGORYTHME DE LA PRISE EN CHARGE DE LA PR

Recommandation SFR 2018

Traitement de 2eme ligne et plus



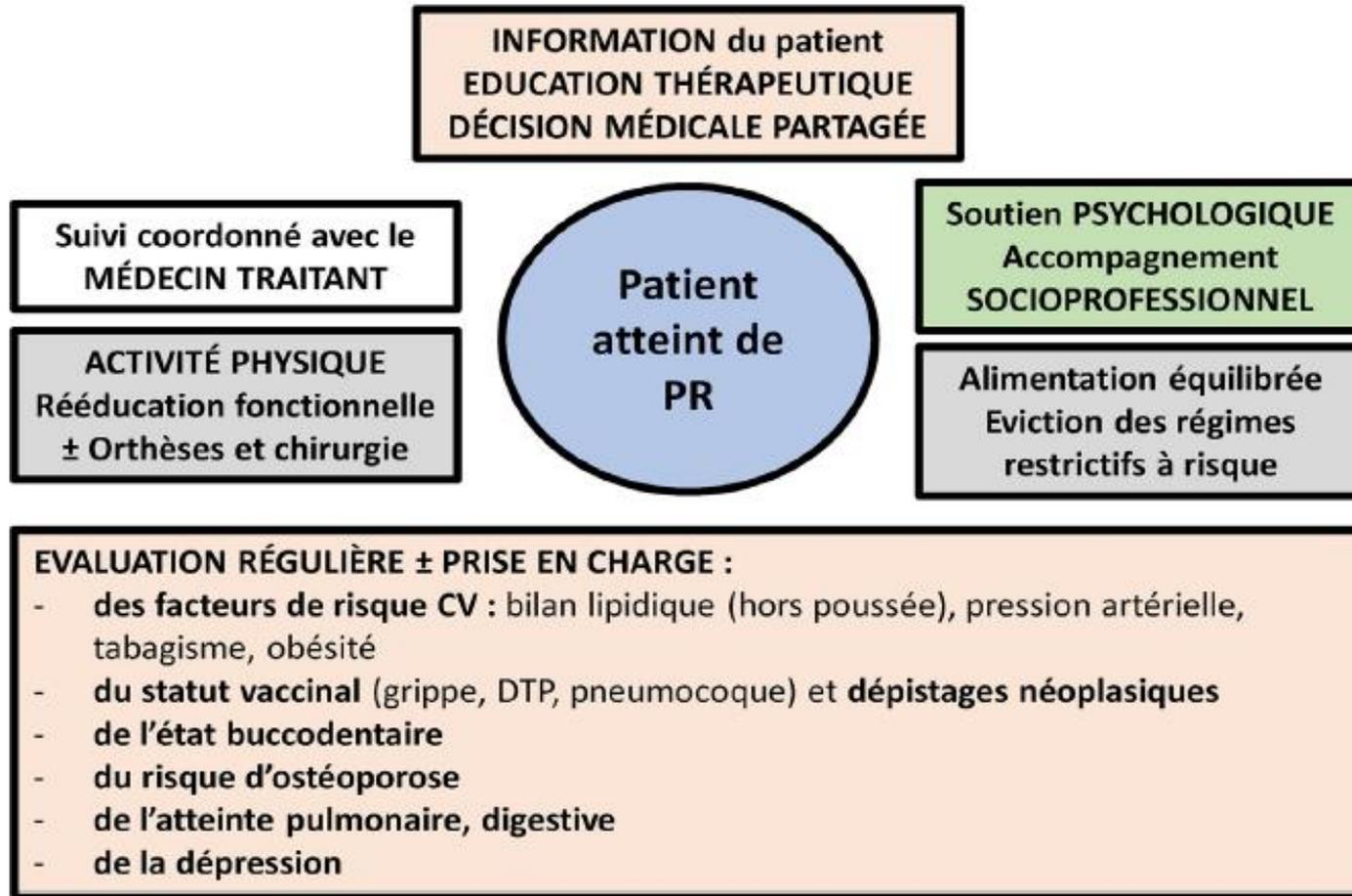
REMISSION ET SEVRAGE DES TRAITEMENTS

En cas de rémission soutenue à long terme sous csDMARD uniquement:

une réduction prudente du traitement peut être considérée, en particulier chez un patient ayant reçu un traitement très précoce et ayant atteint une rémission rapidement

En cas de rémission persistante, et après l'arrêt des corticoïdes, il peut être envisagé de réduire progressivement puis d'arrêter les DMARDb ou les DMARDts

PEC GLOBALE



Messages to take home :

- PR = **maladie systémique et inflammatoire chronique**
- Sa **physiopathologie** est de mieux en mieux élucidée ce qui a permis l'amélioration de l'arsenal thérapeutique par la découverte de **nouvelles thérapies biologiques très ciblées**.
- **Dg: Confirmer le Dg** (critères ACR) → **urgence médical**
Rechercher les **manifestations extra-articulaires**
+ facteurs de mauvais pronostic
Réaliser un **bilan d'activité** avant toute thérapeutique
Réaliser un **bilan pré-thérapeutique et vaccination**
- **Stratégie thérapeutique** : **Décision partagée avec le patient**
- **Traitement de fond (DMARD)** doit être introduit au **stade précoce** afin de prévenir les destructions et les déformations osseuses
- **DMARD synthétiques conventionnels** : chef de fil « **Méthotrexate** » → **gold standard**
- **Thérapie ciblée** : **DMARD biologique (bDMARDs) et synthétique ciblé (tsDMARDs)**
qui ont bouleversé la prise en charge de la PR
- **Suivi régulier** : tolérance et efficacité thérapeutique