



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

RECOMMANDATIONS PROFESSIONNELLES

Polyarthrite rhumatoïde

Diagnostic et prise en charge initiale

RECOMMANDATIONS

Septembre 2007

Cette recommandation de bonne pratique a été suspendue dans l'attente de son actualisation

L'argumentaire de ces recommandations est téléchargeable sur
www.has-sante.fr

Haute Autorité de santé
Service communication
2 avenue du Stade de France – F 93218 Saint-Denis La Plaine CEDEX
Tél. :+33 (0)1 55 93 70 00 - Fax : +33 (0)1 55 93 74 00

Ce document a été validé par le Collège de la Haute Autorité de santé en Septembre 2007.
© Haute Autorité de santé – 2007

Sommaire

1	Introduction	4
1.1	Thème des recommandations.....	4
1.2	Objectifs des recommandations.....	4
1.3	Questions abordées dans le document.....	5
1.4	Patients concernés.....	5
1.5	Professionnels de santé concernés	5
1.6	Gradation des recommandations	5
2	Quels sont les éléments cliniques devant faire penser à une polyarthrite rhumatoïde ?	6
3	Quels sont les examens complémentaires à pratiquer en cas de suspicion d'une polyarthrite rhumatoïde ?	6
3.1	Comment confirmer le diagnostic de synovite ?	6
3.2	Comment confirmer le diagnostic de la polyarthrite rhumatoïde initiale ?	7
4	Quels éléments permettent d'écartier les affections autres que la polyarthrite rhumatoïde ?	7
5	Quelle est l'évaluation initiale recommandée pour une polyarthrite rhumatoïde au début ?	8
6	Quels sont les facteurs pronostiques et de sévérité de la polyarthrite rhumatoïde initiale ?	9
7	Comment définit-on une polyarthrite rhumatoïde « active », « en rémission », « sévère », « évolutive » ou « grave » ?	9
7.1	PR active	9
7.2	PR sévère.....	9
7.3	PR évolutive	10
7.4	PR grave.....	10
8	Quelle stratégie thérapeutique adopter dans les 6 premiers mois après l'apparition des symptômes cliniques ?	10
8.1	Quel est le traitement de fond de la polyarthrite rhumatoïde initiale ?.....	10
8.2	Quelle est la place de la corticothérapie générale dans la polyarthrite rhumatoïde initiale ?.....	11
8.3	Quelle est la place du traitement local dans la polyarthrite rhumatoïde initiale ?.....	11
8.4	Quelle est la place des antalgiques et des AINS dans la polyarthrite rhumatoïde initiale ?.....	11
9	Quels sont les critères de suivi de la polyarthrite rhumatoïde initiale ?	12
10	Information du patient et annonce du diagnostic	13
	Annexe 1. Indices articulaires : indice de Ritchie	14
	Annexe 2. Health Assessment Questionnaire (HAQ)	15
	Annexe 3. DAS et DAS 28	18
	Annexe 4. EVA activité patient	21
	Participants	22
	Fiche descriptive	24

1 Introduction

1.1 Thème des recommandations

Les recommandations professionnelles sur le thème de la polyarthrite rhumatoïde (PR) ont été élaborées par la Haute Autorité de Santé à la demande de l'ensemble des caisses d'assurance maladie.

La PR est un rhumatisme inflammatoire chronique entraînant une destruction articulaire progressive et des répercussions fonctionnelles, psychologiques, sociales et professionnelles parfois graves pour le patient. Les conséquences médico-économiques sont importantes pour la société. Il s'agit du rhumatisme inflammatoire le plus fréquent.

Les manifestations initiales sont caractérisées par des douleurs articulaires associées à un enraidissement matinal et un gonflement articulaire (synovite). Il existe typiquement un syndrome inflammatoire, une atteinte articulaire (érosions, exceptionnellement destructions articulaires) et inconstamment des manifestations extra-articulaires telles que des nodules rhumatoïdes. L'évolution de cette affection se fait par poussées et, en l'absence de prise en charge, entraîne un handicap.

L'objectif principal du traitement de la PR est de contrôler l'activité de la maladie et si possible d'induire la rémission, de réduire la douleur, de prévenir et contrôler les destructions articulaires, de prévenir la perte de fonction dans les activités quotidiennes et au travail et d'optimiser la qualité de vie. Pour ce faire, une prise en charge globale pluridisciplinaire est nécessaire. Les approches pharmacologiques, physiques, psychologiques et chirurgicales sont proposées de manière complémentaire et sont associées à des mesures socioprofessionnelles.

Afin de couvrir l'ensemble du thème, trois recommandations pour la pratique clinique (RPC) complémentaires ont été élaborées :

- PR : diagnostic et prise en charge initiale ;
- PR : prise en charge en phase d'état ;
- PR : aspects thérapeutiques hors médicaments et chirurgie, et aspects médico-sociaux et organisationnels.

Le premier thème fait l'objet de ce travail. Il concerne la polyarthrite persistante susceptible d'être une polyarthrite rhumatoïde et la PR diagnostiquée évoluant depuis moins d'un an et n'ayant pas bénéficié de traitement de fond. Les autres situations cliniques ont été regroupées dans ce qu'il a été convenu d'appeler la « PR en phase d'état », c'est-à-dire la PR de moins d'un an ayant bénéficié d'un traitement de fond ou de plus d'un an sans traitement de fond.

En termes de traitements, ne sont abordés ici que les traitements de fond et la corticothérapie orale. Les autres traitements médicamenteux (anti-inflammatoires non stéroïdiens) et la prise en charge non médicamenteuse sont abordés dans les deux autres RPC. Le traitement symptomatique n'est pas détaillé dans ce document.

1.2 Objectifs des recommandations

Compte tenu de la disponibilité de traitements de fond efficaces, la précocité du diagnostic est un élément déterminant de la prise en charge optimale de la PR.

Les objectifs des recommandations sont d'évaluer et de proposer les éléments les plus pertinents pour le diagnostic et la prise en charge initiale de la PR afin de favoriser un diagnostic précoce et de permettre l'instauration précoce d'un traitement de fond. Le but poursuivi est d'avoir un impact en termes de :

- prévention, ralentissement ou contrôle de la progression de la PR et de ses complications ;
- réduction de la douleur ;

- prévention de la perte de fonction dans les activités quotidiennes et au travail (optimisation de la qualité de vie).

Les recommandations portent notamment sur :

- les critères cliniques, biologiques et d'imagerie les plus pertinents permettant à un praticien confronté à une polyarthrite récente de s'orienter vers le diagnostic d'une polyarthrite persistante ou érosive et donc possiblement vers une PR ;
- les modalités de prise en charge thérapeutique les plus pertinentes dans la PR initiale ;
- les outils de suivi utilisables dans la pratique courante.

Compte tenu de leur mention dans les résumés des caractéristiques des produits (AMM) et de leur utilisation possible comme critères d'exonération au titre des affections de longue durée, ce document propose une définition consensuelle des termes « PR active », « PR sévère », « PR évolutive » et « PR grave ».

1.3 Questions abordées dans le document

- Quels sont les éléments (cliniques, biologiques, radiologiques) devant faire penser à une PR ?
- Quels sont les examens complémentaires, les examens de confirmation contribuant au diagnostic ?
- Quels éléments permettent d'écarter les affections autres que la PR ?
- Quels sont les facteurs pronostiques et de sévérité de la PR ?
- Quelle stratégie thérapeutique adopter dans les 6 premiers mois après l'apparition des symptômes cliniques ?
 - ▶ traitements de fond ? et si oui lequel(s) (dont anti-TNF ∞) ?
 - ▶ adaptation du traitement de fond (suivi clinique, biologique, radiologique, etc.) ?
 - ▶ corticothérapie ?
 - ▶ traitement symptomatique (AINS et antalgiques) ?
- Comment annoncer le diagnostic et informer le patient ?

1.4 Patients concernés

Tout patient adulte ayant une polyarthrite persistante susceptible d'être une PR ou ayant une PR diagnostiquée évoluant depuis moins d'un an et n'ayant pas reçu de traitement de fond.

1.5 Professionnels de santé concernés

Ces recommandations sont destinées :

- en premier lieu aux professionnels de santé impliqués dans la prise en charge initiale des patients atteints de PR, notamment généralistes, rhumatologues, internistes, biologistes, radiologues, spécialistes de la douleur, chirurgiens orthopédistes ;
- en second lieu, aux médecins de médecine physique et réadaptation, ergothérapeutes, masseurs-kinésithérapeutes, podologues et aux associations de patients.

1.6 Gradation des recommandations

Les recommandations proposées ont été classées en grade A, B ou C selon les modalités suivantes :

- une recommandation de grade A est fondée sur une preuve scientifique établie par des études de fort niveau de preuve : essais comparatifs randomisés de forte puissance et sans biais majeur et/ou méta-analyse d'essais comparatifs randomisés, analyse de décision basée sur des études bien menées (niveau de preuve 1) ;
- une recommandation de grade B est fondée sur une présomption scientifique fournie par des études de niveau intermédiaire de preuve : essais comparatifs randomisés de faible puissance, études comparatives non randomisées bien menées, études de cohorte (niveau de preuve 2) .

- une recommandation de grade C est fondée sur des études de moindre niveau de preuve, comme des études cas-témoins (niveau de preuve 3), des études rétrospectives, des séries de cas (niveau de preuve 4).

En l'absence d'études, les recommandations sont fondées sur un accord professionnel au sein du groupe de travail réuni par la HAS, après consultation du groupe de lecture. Dans le texte, les recommandations non gradées correspondent à des recommandations fondées sur un accord professionnel. L'absence de niveau de preuve ne signifie pas que les recommandations élaborées ne sont pas pertinentes et utiles. Elle doit en revanche inciter à engager des études complémentaires lorsque cela est possible.

2 Quels sont les éléments cliniques devant faire penser à une polyarthrite rhumatoïde ?

Le diagnostic d'une PR débutante peut être difficile. Il repose sur un faisceau d'arguments cliniques, biologiques et d'imagerie, et nécessite :

- de reconnaître un rhumatisme inflammatoire périphérique ;
- d'écartier les autres affections inflammatoires ;
- d'évaluer le risque de développer un rhumatisme persistant et érosif.

Une arthrite se définit au plan clinique par une triade associant gonflement articulaire (synovite ou épanchement), douleur d'horaire inflammatoire et raideur matinale. Une atteinte inflammatoire des gaines synoviales des tendons (téno-synovite) peut y être associée.

Le diagnostic de PR débutante doit être évoqué devant une arthrite touchant au moins deux articulations.

La probabilité d'évolution vers une polyarthrite persistante (c'est-à-dire susceptible d'évoluer plus de 6 mois sans traitement de fond) et donc possiblement une PR est d'autant plus élevée qu'il existe plusieurs des symptômes ou signes cliniques suivants :

- une raideur matinale supérieure à 30 minutes ;
- une durée d'évolution des symptômes supérieure à 6 semaines (grade C) ;
- une arthrite touchant au moins 3 articulations (grade C) ;
- une arthrite touchant les poignets ou les métacarpophalangiennes (MCP) et les interphalangiennes proximales (IPP) des mains (grade C) ;
- une douleur à la pression des métatarsophalangiennes (MTP) (grade C) ;
- une atteinte symétrique.

À ce stade, il est fortement recommandé d'adresser le patient pour avis spécialisé en rhumatologie (grade C).

3 Quels sont les examens complémentaires à pratiquer en cas de suspicion d'une polyarthrite rhumatoïde ?

3.1 Comment confirmer le diagnostic de synovite ?

En cas de doute clinique sur la présence d'une synovite :

- il est recommandé d'effectuer une échographie Doppler (grade C) par un opérateur entraîné disposant d'un module Doppler de grande sensibilité et d'une sonde haute fréquence (> 10 MHz) ;
- il n'est pas recommandé de réaliser une imagerie par résonance magnétique (IRM) avec injection de produit de contraste pour confirmer le diagnostic de synovite, même si cet examen peut confirmer une synovite (grade C).

3.2 Comment confirmer le diagnostic de la polyarthrite rhumatoïde initiale ?

Pour confirmer le diagnostic clinique positif de la PR et son pronostic, un bilan d'imagerie et un bilan biologique doivent être réalisés.

3.2.1 Bilan d'imagerie

En cas de suspicion de PR, il est recommandé, dès la première consultation, de prescrire par le médecin, qu'il soit ou non spécialisé en rhumatologie, des examens radiologiques pour rechercher des lésions structurales :

- des érosions ;
- un pincement d'interligne (grade C).

Le bilan initial systématique d'imagerie doit comprendre :

- les clichés radiographiques des mains-poignets de face, des pieds de face (grade C) et de 3/4, en grandeur normale (1/1) de préférence ;
- des clichés radiographiques de toute articulation symptomatique.

Lorsque les radiographies standard apparaissent normales et si le doute diagnostique persiste (notamment du fait de l'existence d'articulations symptomatiques), il est possible de rechercher des érosions éventuelles par des examens plus sensibles tels que l'échographie (grade C) ou l'IRM (grade C). Compte tenu des difficultés d'accès, l'IRM n'est pas recommandée en première intention. Les données disponibles dans la littérature ne permettent pas actuellement de conclure sur l'intérêt de la tomodensitométrie¹. La prescription de ces examens de seconde intention est du ressort du praticien spécialisé en rhumatologie.

3.2.2 Bilan biologique

En cas de suspicion de PR, il est recommandé, dès la première consultation, de prescrire par le médecin, qu'il soit ou non spécialisé en rhumatologie, le bilan biologique pour le diagnostic positif de la PR :

- la recherche de facteur rhumatoïde (FR) IgM par technique Elisa ou néphélométrique (grade C). La recherche du FR par technique d'agglutination sur lame (Latex, *Waller-Rose*) n'est pas recommandée ;
- la recherche d'anticorps antiprotéines/peptides citrullinés par technique Elisa (grade C) ;
- la mesure de la vitesse de sédimentation (VS) ;
- le dosage de la protéine C réactive (CRP).

Il n'y a pas lieu de réaliser le typage HLA de classe II pour le diagnostic de PR (grade C).

Éléments d'interprétation des résultats :

- la positivité d'au moins l'un des deux tests (présence de FR ou d'anticorps antiprotéines/peptides citrullinés) constitue un élément fort en faveur d'un diagnostic positif de PR² ;
- la négativité simultanée des deux tests ne permet pas d'éliminer le diagnostic de PR ;
- la présence d'un syndrome inflammatoire biologique n'est pas spécifique de la PR.

4 Quels éléments permettent d'écarter les affections autres que la polyarthrite rhumatoïde ?

L'objectif est d'écarter les arthropathies infectieuses, les arthropathies microcristallines, les spondylarthropathies, les connectivites dont le lupus et le syndrome de Gougerot-Sjögren (cette liste n'est pas exhaustive, car le diagnostic de PR initiale peut être difficile).

¹ Ce point fera l'objet d'une actualisation de ces recommandations dès lors que les données probantes seront disponibles.

² À titre informatif, la valeur prédictive positive (VPP) des anticorps antiprotéines/peptides citrullinés seuls est de l'ordre de 78 à 96 % (en fonction du nombre de synovites), la valeur prédictive négative variant de 68 à 89 %. La VPP associée à la positivité des deux tests (FR+ et anti-CCP+) varie de 91 à 100 %.

En plus des éléments d'interrogatoire et d'examen clinique, il faut au minimum pour aider au diagnostic différentiel prescrire :

- une recherche d'anticorps antinucléaires pour orienter vers une connectivite ;
- un examen du liquide synovial à la recherche d'une arthropathie microcristalline et pour éliminer une arthrite infectieuse ;
- un hémogramme, à la recherche d'une leucopénie ou d'une lymphopénie orientant vers un lupus ou un syndrome de Gougerot-Sjögren, une thrombopénie orientant vers un lupus ;
- une recherche de protéinurie et d'hématurie (bandelette urinaire) et un dosage de créatininémie, à la recherche d'une néphropathie, secondaire par exemple à une connectivite ou contre-indiquant certains traitements ;
- une radiographie du thorax à la recherche par exemple d'une sarcoïdose, d'une tuberculose, etc.
- un dosage des ASAT et des ALAT.

En raison de sa complexité, le diagnostic différentiel est du ressort du médecin spécialisé en rhumatologie, cependant certains de ces examens sont à prescrire dès la première consultation par le médecin qu'il soit ou non spécialisé en rhumatologie.

Au final, le diagnostic de PR est porté au regard de la clinique et des résultats des investigations effectuées. Les critères 1987 de classification du Collège américain de rhumatologie pour la PR ne sont pas adaptés au diagnostic de la PR initiale. Ils ne sont pas nécessaires pour débuter un traitement de fond.

5 Quelle est l'évaluation initiale recommandée pour une polyarthrite rhumatoïde au début ?

L'évaluation initiale de la PR au début a pour but :

- d'apprécier l'activité de la maladie ;
- de rechercher les manifestations extra-articulaires ;
- de rechercher les facteurs de risque cardio-vasculaires ;
- d'évaluer le handicap ;
- d'évaluer l'atteinte structurale en imagerie ;
- et d'estimer son pronostic.

L'évaluation initiale de la PR débutante comprend les paramètres cliniques et biologiques permettant d'apprécier l'activité de la maladie

- le nombre d'articulations gonflées (NAG) ;
- le nombre d'articulations douloureuses (NAD) ;
- l'existence d'une raideur matinale ;
- la vitesse de sédimentation (VS), le taux de protéine C réactive (CRP) ;
- la mesure de l'intensité de la douleur ;
- la mesure de l'activité globale de la PR par le patient à l'aide de l'échelle visuelle analogique (EVA).

Certains des éléments ci-dessus sont nécessaires pour le calcul du *Disease Activity Score 28* (DAS 28, cf. annexe 3), qui est recommandé (grade C).

Il est conseillé d'évaluer le handicap fonctionnel, par exemple par le *Health Assessment Questionnaire* (HAQ ; cf. annexe 2) (grade C). À ce stade, le handicap fonctionnel reflète essentiellement l'activité de la PR.

Il est également recommandé de rechercher les manifestations extra-articulaires (téno-synovites, nodules rhumatoïdes, vascularite, syndrome sec, syndrome de Raynaud, etc.).

Le bilan d'imagerie initial sert de référence pour suivre l'évolution.

La PR étant un facteur de risque de morbidité et de mortalité cardio-vasculaire, il est recommandé d'évaluer les autres facteurs de risque cardio-vasculaires.

6 Quels sont les facteurs pronostiques et de sévérité de la polyarthrite rhumatoïde initiale ?

La sévérité de la PR initiale se définit par la présence d'un handicap fonctionnel ou par l'existence ou la progression de lésions structurales en imagerie ou par l'existence de manifestations systémiques. Un seul de ces critères suffit.

Au sein du faisceau d'arguments cliniques, biologiques et d'imagerie qui permet d'établir le diagnostic, la **présence précoce** de l'un des éléments suivants constitue un facteur de mauvais pronostic en cas de PR initiale :

- pour le pronostic structural :
 - ▶ un syndrome inflammatoire biologique intense et persistant,
 - ▶ la présence du FR IgM,
 - ▶ la présence d'anticorps antiprotéines/peptides citrullinés,
 - ▶ des érosions précoces en imagerie (grade C) ;
- pour le pronostic fonctionnel :
 - ▶ un score HAQ supérieur ou égal à 0,5,
 - ▶ une maladie active (grade C) définie par exemple par un score du DAS 28 supérieur à 3,2,
 - ▶ des érosions précoces en imagerie (grade C) ;
- pour le pronostic vital : les manifestations systémiques sont rares au début, mais sont de mauvais pronostic vital.

Les facteurs de mauvais pronostic sont un élément important dans le choix d'une stratégie thérapeutique de fond.

7 Comment définit-on une polyarthrite rhumatoïde « active », « en rémission », « sévère », « évolutive » ou « grave » ?

Compte tenu de leur mention dans les résumés des caractéristiques des produits (AMM) et de leur utilisation possible comme critères d'exonération du ticket modérateur dans le cadre des affections de longue durée, les définitions suivantes sont proposées.

7.1 PR active

L'activité de la PR s'évalue habituellement en utilisant le DAS 28. Le DAS 28 est recommandé en pratique courante bien que certaines localisations, telles que les hanches, les avant-pieds et les chevilles, ne soient pas prises en compte. Ces atteintes doivent être prises en compte lorsqu'elles sont exclusives ou prédominantes :

- une PR en rémission se définit par un score de DAS 28 < 2,6 ;
- une PR de faible niveau d'activité se définit par un score de DAS 28 ≤ 3,2 ;
- une PR « active » se définit par un score de DAS 28 > 3,2 ;
- une PR « modérément active » se définit par un score de DAS 28 > 3,2 et ≤ 5,1 ;
- une PR « très active » se définit par un score de DAS 28 > 5,1.

7.2 PR sévère

Une PR sévère se définit par l'existence d'un handicap fonctionnel mesuré par le HAQ ($\geq 0,5$), ou par l'existence ou la progression de lésions structurales en imagerie, ou par l'existence de manifestations systémiques. Un seul critère suffit.

7.3 PR évolutive

Une PR évolutive se définit comme une PR active ou avec une progression structurale ou fonctionnelle dans le temps.

7.4 PR grave

Une PR grave est une PR sévère ou justifiant pour son contrôle un traitement de fond continu.

8 Quelle stratégie thérapeutique adopter dans les 6 premiers mois après l'apparition des symptômes cliniques ?

8.1 Quel est le traitement de fond de la polyarthrite rhumatoïde initiale ?

Il est recommandé d'instaurer le plus précocement possible un traitement de fond chez un patient ayant une polyarthrite persistante depuis plus de 6 semaines (grade C) ou érosive, car elle est susceptible d'être identifiée comme une PR après avis spécialisé.

Le but de ce traitement est d'obtenir :

- une rémission (par exemple un score de DAS 28 < 2,6) ou à défaut un contrôle de l'activité de la maladie (par exemple un faible niveau d'activité avec un score de DAS 28 < 3,2) ;
- la prévention des lésions structurales et du handicap fonctionnel ;
- la limitation des conséquences psychosociales ;
- l'amélioration ou la préservation de la qualité de vie du patient.

En première intention, en l'absence de contre-indication (néphropathie, hépatopathie, leucopénie, désir de grossesse, infection, par exemple), il est recommandé de débiter le traitement de fond par le méthotrexate qui est le traitement de fond de référence dans la PR (accord professionnel).

Durant les 20 dernières années, le méthotrexate a successivement démontré son efficacité sur l'activité de la maladie puis sa capacité à réduire la progression des lésions articulaires structurales. Il y a 10 ans le méthotrexate a été utilisé comme traitement de référence dans le développement des biothérapies dans le traitement de la polyarthrite rhumatoïde. Le méthotrexate est actuellement considéré comme le traitement de fond de référence de la PR.

La posologie initiale du méthotrexate est au minimum de 10 mg/semaine à adapter à l'index de masse corporelle (IMC) et à la fonction rénale. Une augmentation de dose doit être mise en œuvre en cas d'insuffisance de réponse thérapeutique évaluée par le calcul du score de DAS 28 toutes les 4 à 8 semaines (grade B). La posologie maximale proposée est de 25 mg/semaine, mais doit être adaptée au contexte clinique et à la tolérance au traitement.

Il existe des formes parentérales (intramusculaires ou sous-cutanées) utilisables en cas d'insuffisance de réponse (grade B) ou de symptômes d'intolérance digestive à la forme orale.

Il est recommandé de prescrire des folates en association avec le méthotrexate en prévention des troubles digestifs (grade A).

D'autres traitements de fond peuvent être proposés en alternative (accord professionnel en l'absence d'études spécifiques dans la PR initiale) : le léflunomide à la posologie de 20 mg/jour (il n'est pas recommandé de réaliser de dose de charge) ou la sulfasalazine à la posologie initiale de 1 g/jour, en augmentant par paliers hebdomadaires jusqu'à 2 à 3 g/jour.

Ces trois molécules ont démontré un effet structural dans la PR en phase d'état, mais pas au début.

L'existence initiale de signes de sévérité (par exemple des lésions structurales) peut faire envisager en première intention un traitement plus intensif tel que :

- une biothérapie par anti-TNF α (par ordre alphabétique adalimumab, étanercept, infliximab), de préférence en association avec le méthotrexate ;
- une association de traitements de fond, par exemple une trithérapie associant méthotrexate, sulfasalazine et hydroxychloroquine, avec une corticothérapie.

Pour les données concernant la tolérance de ces produits, il est recommandé de se reporter aux informations fournies sur le site de l'Afssaps³.

Les manifestations extra-articulaires font l'objet d'une prise en charge spécifique et spécialisée au cas par cas.

8.2 Quelle est la place de la corticothérapie générale dans la polyarthrite rhumatoïde initiale ?

L'instauration d'une corticothérapie générale nécessite impérativement la confirmation du diagnostic de la PR par un médecin spécialisé en rhumatologie.

La corticothérapie peut être éventuellement indiquée dans la PR initiale, en attendant la pleine efficacité de l'effet du premier traitement de fond instauré (de 3 à 8 semaines pour le méthotrexate, par exemple). L'objectif de la corticothérapie est de réduire les symptômes et de contribuer à limiter l'évolution structurale (grade B). Les corticoïdes administrés dans la PR débutante diminuent les détériorations structurales (pincements et érosions) (grade B). Son indication devant être mesurée, la décision de son instauration et de sa durée est du ressort du médecin spécialisé en rhumatologie.

Si la corticothérapie est prescrite, il est recommandé de le faire en association avec un traitement de fond.

Il est recommandé de rechercher la dose minimale efficace et de limiter autant que possible la durée de sa prescription après l'évaluation du rapport bénéfice/risque de la corticothérapie.

La posologie est de 0,15 mg/kg/jour et sans dépasser habituellement 10 mg/jour de prednisone ou équivalent. La prévention des effets indésirables doit être systématique.

8.3 Quelle est la place du traitement local dans la polyarthrite rhumatoïde initiale ?

Il est justifié de réaliser une ou plusieurs injections intra-articulaires de corticoïdes retard en cas d'inflammation locale persistante (grade B). La place des corticoïdes intra et péri-articulaires est traitée dans les recommandations sur la PR en phase d'état.

8.4 Quelle est la place des antalgiques et des AINS dans la polyarthrite rhumatoïde initiale ?

Il n'y a pas de recommandations spécifiques à la PR concernant la prise en charge de la douleur. Le traitement de la douleur (par antalgiques ou anti-inflammatoires non stéroïdiens) doit être instauré et adapté en fonction de son intensité.

Pour des informations concernant la tolérance des antalgiques et des AINS, il est recommandé de se rendre sur le site de l'Afssaps³.

³ Source Internet : <http://www.afssaps-sante.fr>

9 Quels sont les critères de suivi de la polyarthrite rhumatoïde initiale ?

L'objectif du suivi du patient est d'adapter **rapidement** la stratégie de prise en charge thérapeutique (grade A) afin d'obtenir une rémission ou à défaut un faible niveau d'activité de la maladie, et prévenir l'atteinte structurale.

Le suivi est réalisé conjointement par le médecin spécialisé en rhumatologie et le médecin traitant.

Au cours du suivi, le médecin doit :

- évaluer l'activité de la maladie (grade A) ;
- rechercher la survenue de manifestations extra-articulaires ;
- mesurer l'évolution structurale (progression radiologique) ;
- apprécier le degré de réponse au traitement et la tolérance du traitement.

Il est recommandé de réaliser dans le cadre du suivi de la première année de la PR une évaluation mensuelle (à chaque consultation) jusqu'au contrôle de la maladie (rémission ou activité faible), puis tous les 3 mois :

- de l'activité de la maladie en évaluant les paramètres cliniques et biologiques permettant le calcul du score du DAS 28 (grade A) :
 - le nombre d'articulations gonflées (NAG),
 - le nombre d'articulations douloureuses (NAD),
 - l'échelle visuelle analogique (EVA) globale de l'activité de la maladie complétée par le patient,
 - la raideur matinale,
 - la VS, la CRP ;
- de la réponse au traitement (cf. *encadré 1*) ;
- du suivi de la tolérance du traitement prescrit, en adéquation avec les résumés des caractéristiques du produit et du contexte clinique du patient (incluant les comorbidités) ;
- de la recherche des manifestations extra-articulaires (ténosynovites, nodules rhumatoïdes, vascularite, syndrome sec, syndrome de Raynaud, etc.).

Encadré 1. Évaluation de la réponse thérapeutique entre 2 mesures du DAS 28

Lorsque le score du DAS 28 final est $\leq 3,2$:

- une bonne réponse thérapeutique se définit par une amélioration du score du DAS 28 $> 1,2$;
- une réponse thérapeutique modérée se définit par une diminution du score du DAS 28 $> 0,6$ et $\leq 1,2$;
- une non-réponse thérapeutique se définit par une diminution du score du DAS 28 $\leq 0,6$.

Lorsque le score du DAS 28 final est $\leq 5,1$ et $> 3,2$:

- une réponse thérapeutique modérée se définit par une diminution du score du DAS 28 $> 0,6$;
- une non-réponse thérapeutique se définit par une diminution du score du DAS 28 $\leq 0,6$.

Lorsque le score du DAS 28 final est $> 5,1$:

- une réponse thérapeutique modérée se définit par une diminution du score du DAS 28 $> 1,2$;
- une non-réponse thérapeutique se définit par une diminution du score du DAS 28 $\leq 1,2$.

Une évaluation radiologique des mains-poignets de face, des pieds de face et de 3/4, et des autres articulations en fonction de la symptomatologie doit être effectuée. Les radiographies sont réalisées en grandeur normale (1/1) et de préférence selon la même technique que celle utilisée lors du bilan initial. Il est proposé de réaliser cette évaluation tous les 6 mois.

10 Information du patient et annonce du diagnostic

Annoncer à un patient qu'il a une PR nécessite du temps médical. Le médecin doit dégager du temps nécessaire pour délivrer l'information à un rythme et sous une forme adaptée à la capacité du patient à recevoir et à assimiler cette information.

L'explication du traitement médicamenteux doit être aussi complète que possible et insister sur le rapport bénéfice/risque du traitement et l'observance nécessaire par le patient. Elle comprend :

- l'explication de la maladie ;
- les différentes modalités évolutives possibles ;
- les progrès réalisés avec les stratégies thérapeutiques actuelles⁴ ;
- l'efficacité et la tolérance des traitements ;
- l'importance de l'observance du traitement prescrit ;
- la nécessité de réaliser régulièrement les examens cliniques, d'imagerie et biologiques de contrôle ;
- la possibilité d'entrer en contact avec les associations de malades ;
- les formalités de demande d'exonération du ticket modérateur au titre d'affection de longue durée (ALD n°22) dès lors que les critères d'admission en ALD sont confirmés.

L'adhésion du patient est recherchée après lui avoir expliqué le rapport bénéfice/risque de la mise en route du traitement de fond ou de la corticothérapie ou du traitement symptomatique.

Dès le début de la maladie, il est recommandé de consigner les traitements et leurs éventuels effets secondaires dans un carnet dédié.

Les autres acteurs médicaux, paramédicaux, sociaux peuvent être présentés si le contexte clinique et socioprofessionnel le justifie.

Il est recommandé d'informer le médecin traitant, les autres médecins spécialisés et les autres professionnels de santé concernés, afin d'organiser le suivi conjoint. L'information doit porter sur le diagnostic et les modalités de prise en charge médicale et médico-sociale du patient.

⁴ Pour plus de détails sur l'information à donner aux patients, se reporter à : Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé. Information des patients. Recommandations destinées aux médecins. Recommandations pour la pratique clinique. Paris: ANAES; 2000.

Annexe 1. Indices articulaires : indice de Ritchie

Référence : Ritchie *et al.* ⁵

L'indice de Ritchie porte sur 53 articulations : temporomandibulaires, acromioclaviculaires, sterno-costoclaviculaires, épaules, coudes, poignets, métacarpophalangiennes (MCP), interphalangiennes proximales (IPP) des doigts, hanches, genoux, chevilles, sous-taliennes, médiopieds, métatarsophalangiennes (MTP).

Les articulations IPP des doigts, MCP, MTP, temporomandibulaires, acromioclaviculaires, sterno-costoclaviculaires sont examinées et chiffrées en groupe. Le score le plus élevé d'une articulation particulière vaut pour l'ensemble du groupe.

La douleur articulaire évaluée dans chaque articulation va de 0 à 3 :

- « 0 » : pas de douleur ;
- « 1 » : douleur à la palpation ;
- « 2 » : douleur et sursaut ;
- « 3 » : sursaut et retrait.

Le nombre d'articulations gonflées

L'indice porte sur 44 articulations : acromioclaviculaires, sterno-costoclaviculaires, épaules, coudes, poignets, MCP, MTP, IPP des doigts, genoux, chevilles.

Chaque articulation est évaluée quant à la présence (« 1 ») ou non (« 0 ») d'un gonflement sur les sites articulaires étudiés.

⁵ Ritchie DM, Boyle JA, McInnes JM, Jasani MK, Dalakos TG, Grievson P, *et al.* Clinical studies with an articular index for the assessment of joint tenderness in patients with rheumatoid arthritis. Q J Med 1968;37(147):393-406.

Annexe 2. Health Assessment Questionnaire (HAQ)

Guillemin *et al.*⁶

Il s'agit d'un outil d'incapacité fonctionnelle spécifique de la polyarthrite rhumatoïde.

L'évaluation porte sur la semaine écoulée et porte sur 8 domaines étudiant l'activité physique. Pour chacun des domaines d'activité, 2 à 3 items sont décrits.

Quatre types de réponses sont possibles : cotation de 0 à 3 (sans aucune difficulté, avec quelque difficulté, avec beaucoup de difficulté, incapable de le faire).

Un score global de « 0 » signifie l'absence d'incapacité, alors qu'un score à « 3 » correspond à une incapacité maximale.

⁶ Guillemin F, Briancon S, Pourel J. Mesure de la capacité fonctionnelle dans la polyarthrite rhumatoïde : adaptation française du health assessment questionnaire (HAQ). Rev Rhum Mal Osteartic 1991;58(6):459-65.

HAQ

Ce questionnaire est destiné à connaître les répercussions de votre maladie sur vos capacités à effectuer les activités de la vie quotidienne. Répondez à toutes les questions et n'hésitez pas à ajouter vos commentaires au dos de ce questionnaire.

Référence : Guillemin *et al.* ⁷

Veillez indiquer d'une croix (x) la réponse qui décrit le mieux vos capacités au cours des 8 derniers jours.

	Sans aucune difficulté	Avec quelque difficulté	Avec beaucoup de difficulté	Incapable de le faire
■ S'HABILLER ET SE PRÉPARER : êtes-vous capable de :				
- vous habiller, y compris nouer vos lacets et boutonner vos vêtements ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- vous laver les cheveux ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
■ SE LEVER : êtes-vous capable de :				
- vous lever d'une chaise ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- vous mettre au lit et vous lever du lit ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
■ MANGER : êtes-vous capable de :				
- couper votre viande ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- porter à la bouche une tasse ou un verre bien plein ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- ouvrir une « brique » de lait ou de jus de fruit ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
■ MARCHER : êtes-vous capable de :				
- marcher en terrain plat à l'extérieur ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- monter cinq marches ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
■ HYGIÈNE : êtes-vous capable de :				
- vous laver et vous sécher entièrement ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- prendre un bain ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- vous asseoir et vous relever des toilettes ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
■ ATTEINDRE ET ATTRAPER UN OBJET : êtes-vous capable de :				
- atteindre et prendre un objet pesant 2,5 kg situé au-dessus de votre tête ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- vous baisser pour ramasser un vêtement par terre ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
■ PRÉHENSION : êtes-vous capable de :				
- ouvrir une porte de voiture ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- dévisser le couvercle d'un pot déjà ouvert une fois ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- ouvrir et fermer un robinet ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

⁷ Guillemin F, Briancon S, Pourel J. Mesure de la capacité fonctionnelle dans la polyarthrite rhumatoïde : adaptation française du health assessment questionnaire (HAQ). Rev Rhum Mal Osteartic 1991;58(6):459-65.

Veillez indiquer d'une croix (x) la réponse qui décrit le mieux vos capacités au cours des 8 derniers jours.

	Sans aucune difficulté	Avec quelque difficulté	Avec beaucoup de difficulté	Incapable de le faire
■ AUTRES ACTIVITÉS : êtes-vous capable de :				
- faire vos courses ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- monter et descendre de voiture ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- faire des travaux ménagers tels que passer l'aspirateur ou faire du petit jardinage ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
■ Veuillez indiquer d'une croix si vous utilisez habituellement un de ces appareils ou accessoires pour effectuer ces activités :				
<input type="checkbox"/> canne (s)	<input type="checkbox"/> accessoires pour s'habiller (crochet à bouton, crochet à fermeture-éclair, chausse-pied à long manche,.....)			
<input type="checkbox"/> déambulateur	<input type="checkbox"/> ustensile spécialement adapté			
<input type="checkbox"/> béquilles	<input type="checkbox"/> chaise spécialement adaptée			
<input type="checkbox"/> chaise roulante	<input type="checkbox"/> autres (préciser)			
■ Veuillez indiquer les activités pour lesquelles vous avez besoin de l'aide de quelqu'un :				
<input type="checkbox"/> s'habiller et se préparer	<input type="checkbox"/> manger			
<input type="checkbox"/> se lever	<input type="checkbox"/> marcher			
■ Veuillez indiquer d'une croix si vous utilisez habituellement un de ces appareils ou accessoires pour effectuer ces activités :				
<input type="checkbox"/> siège de WC surélevé	<input type="checkbox"/> poignée ou barre de baignoire			
<input type="checkbox"/> siège de baignoire	<input type="checkbox"/> instrument à long manche pour attraper les objets			
<input type="checkbox"/> Ouvre-pots (pour les pots déjà ouverts)	<input type="checkbox"/> instrument à long manche dans la salle de bains			
<input type="checkbox"/> autres (préciser) :				
■ Veuillez indiquer d'une croix les activités pour lesquelles vous avez besoin de l'aide de quelqu'un :				
<input type="checkbox"/> hygiène	<input type="checkbox"/> saisir et ouvrir des objets			
<input type="checkbox"/> atteindre et attraper un objet	<input type="checkbox"/> courses et tâches ménagères			

Annexe 3. DAS et DAS 28

Références : Van der Heijde *et al.*⁸, Prevoo *et al.*⁹, Van Gestel *et al.*^{10,11} et Prevoo *et al.*¹².

1. Le DAS (Disease Activity Score) est un indice composite d'activité de la PR élaboré par l'EULAR (*European League against rheumatism*) développé initialement pour 44 articulations pour le nombre de synovites et 53 sites de l'indice de Ritchie (annexe 1).

Le calcul du DAS se fait selon l'une des formules suivantes en fonction des critères pris en compte :

$DAS = [0,53938 \sqrt{\text{indice de Ritchie}}] + [0,06465 \sqrt{(\text{nombre synovites})}] + [0,330 \text{ Ln (vitesse de sédimentation)}] + [0,00722 (\text{appréciation globale de la maladie par le patient, voir l'annexe 4})]$

$DAS = [0,53938 \sqrt{\text{indice de Ritchie}}] + [0,06465 \sqrt{(\text{nombre synovites})}] + [0,330 \text{ Ln (vitesse de sédimentation)}] + 0,024$

Trois niveaux d'activité ont été définis pour la :

- PR de faible niveau d'activité : $DAS \leq 2,4$;
- PR modérément active : $2,4 < DAS \leq 3,7$;
- PR active : $DAS > 3,7$.

L'évaluation de la réponse thérapeutique entre 2 mesures

- La mesure de l'efficacité thérapeutique sur l'activité de la maladie
 - lorsque le score du DAS final (deuxième mesure) est inférieur ou égal à 2,4 :
 - une bonne réponse thérapeutique se définit par une amélioration du score du DAS 28 supérieure à 1,2,
 - une réponse thérapeutique modérée se définit par une diminution du score du DAS 28 supérieure à 0,6 et inférieure ou égale à 1,2,

⁸ Van der Heijde DM, van't Hof M, van Riel PL, Theunisse LA, Lubberts EW, van Leeuwen MA, *et al.* Judging disease activity in clinical practice in rheumatoid arthritis: first step in the development of a disease activity score. *Ann Rheum Dis* 1990;49(11):916-20.

⁹ Prevoo ML, van't Hof M, Kuper HH, van Leeuwen MA, van de Putte LB, van Riel PL. Modified disease activity scores that include twenty-eight-joint counts. Development and validation in a prospective longitudinal study of patients with rheumatoid arthritis. *Arthritis Rheum* 1995;38(1):44-8

¹⁰ Van Gestel AM, Prevoo ML, van't Hof M, van Rijswijk MH, van de Putte LB, van Riel PL. Development and validation of the European League Against Rheumatism response criteria for rheumatoid arthritis. Comparison with the preliminary American College of Rheumatology and the World Health Organization/International League Against Rheumatism Criteria. *Arthritis Rheum* 1996;39(1):34-40.

¹¹ Van Gestel AM, Haagsma CJ, van Riel PL. Validation of rheumatoid arthritis improvement criteria that include simplified joint counts. *Arthritis Rheum* 1998;41(10):1845-50.

¹² Prevoo ML, van Gestel AM, van THM, van Rijswijk MH, van de Putte LB, van Riel PL. Remission in a prospective study of patients with rheumatoid arthritis. American Rheumatism Association preliminary remission criteria in relation to the disease activity score. *Br J Rheumatol* 1996;35(11):1101-5.

- une non-réponse thérapeutique se définit par une diminution du score du DAS 28 inférieure ou égale à 0,6.
- ▶ lorsque le score du DAS final (deuxième mesure) est inférieur ou égal à 3,7 et supérieur à 2,4 :
 - une réponse thérapeutique modérée se définit par une diminution du score du DAS 28 au moins supérieure à 0,6,
 - une non-réponse thérapeutique se définit par une diminution du score du DAS 28 inférieure ou égale à 0,6.
- ▶ lorsque le score du DAS final (deuxième mesure) est supérieur à 3,7 :
 - une réponse thérapeutique modérée se définit par une diminution du score du DAS supérieure à 1,2,
 - une non-réponse thérapeutique se définit par une diminution du score du DAS inférieure ou égale à 1,2.

La valeur du seuil de rémission définie pour le DAS est la suivante :

- ▶ DAS < 1,6.

2. Le DAS 28 correspond à une simplification du DAS. L'analyse articulaire se fait sur 28 sites articulaires (10 métacarpophalangiennes, 8 interphalangiennes proximales des mains, 2 interphalangiennes du pouce, 2 poignets, 2 genoux, 2 coudes, 2 épaules). Il prend en compte le nombre de synovites et d'articulations douloureuses à la palpation (indice de Ritchie), le résultat de la vitesse de sédimentation et l'appréciation globale de la maladie évaluée par le patient sur une échelle visuelle analogique.

Le calcul du DAS 28 se fait selon la formule suivante :

$$\text{DAS 28} = [0,56 \sqrt{\text{TJC}}] + [0,28 \sqrt{\text{SJC}}] + [0,7 \text{ Ln (vitesse de sédimentation)}] + [0,014 (\text{appréciation globale de la maladie par le patient})]$$

Il existe une correspondance entre le DAS et le DAS 28 selon la formule décrite ci-dessous :

$$\text{DAS 28} = 1,072 \times \text{DAS} + 0,938$$

Définition du niveau d'activité avec le DAS 28 :

- PR de faible niveau d'activité : DAS 28 ≤ 3,2 ;
- PR active : DAS 28 > 3,2 ;
- PR modérément active : 3,2 < DAS 28 ≤ 5,1 ;
- PR très active > 5,1.

L'évaluation de la réponse thérapeutique est identique à celle du DAS.

- la mesure de l'efficacité thérapeutique sur l'activité de la maladie :
 - ▶ lorsque le score du DAS 28 final (deuxième mesure) est inférieur ou égal à 3,2 :
 - une bonne réponse thérapeutique se définit par une amélioration du score du DAS 28 supérieure à 1,2,
 - une réponse thérapeutique modérée se définit par une diminution du score du DAS 28 supérieure à 0,6 et inférieure ou égale à 1,2,
 - une non-réponse thérapeutique se définit par une diminution du score du DAS 28 inférieure ou égale à 0,6.
 - ▶ lorsque le score du DAS 28 final (deuxième mesure) est inférieur ou égal à 5,1 et supérieur à 3,2 :
 - une réponse thérapeutique modérée se définit par une diminution du score du DAS 28 au moins supérieure à 0,6,
 - une non-réponse thérapeutique se définit par une diminution du score du DAS 28 inférieure ou égale à 0,6.
 - ▶ lorsque le score du DAS 28 final (deuxième mesure) est supérieur à 5,1 :
 - une réponse thérapeutique modérée se définit par une diminution du score du DAS 28 supérieure à 1,2 ;
 - une non-réponse thérapeutique se définit par une diminution du score du DAS 28 inférieure ou égale à 1,2.

La valeur du seuil de rémission définie pour le DAS 28 est la suivante :

- DAS 28 < 2,6.

Annexe 4. EVA activité patient

Elle est utilisée pour l'appréciation globale de l'activité de la maladie par le patient. Il s'agit d'une échelle visuelle analogique horizontale de 10 cm, portant la mention « maladie inactive » à extrémité gauche et « maladie très active » à droite.

La question à formuler au patient est : en tenant compte de votre douleur et des conséquences de votre douleur et des conséquences de votre polyarthrite sur votre vie quotidienne, conjugale, familiale et sociale, comment évalueriez-vous l'activité de votre polyarthrite durant la semaine précédente sur cette échelle où 0 représente une maladie inactive et 100 une maladie très active ?



Participants

Sociétés savantes et associations professionnelles

Les sociétés savantes et associations professionnelles suivantes ont été sollicitées pour l'élaboration de ces recommandations :

- Société française de rhumatologie (SFR)
- Collège français des enseignants de rhumatologie (Cofer)
- Société nationale française de médecine interne (SNFMI)
- Société française de radiologie et imagerie médicale (Sfrim)
- Société française de biochimie et d'immunochimie (SFBC)
- Société française d'immunologie (SFI)
- Société française de médecine générale (SFMG)
- Société française de thérapeutique du généraliste (SFTG)
- Société française de médecine physique et de réadaptation (Sofmer)
- Société française de kinésithérapie (SFK)
- Association française pour la recherche et l'évaluation en kinésithérapie (Afrek)
- Association nationale des kinésithérapeutes salariés (ANKS)
- Association française de lutte anti-rhumatismale (Aflar)
- Association Française des Polyarthritiques (AFP)
- Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé (Afssaps)
- Association pédagogique nationale pour l'enseignement de la thérapeutique (Apnet)
- Société d'évaluation et de traitement de la douleur (SETD)
- Conseil national de l'ordre des pharmaciens (Cespharm)
- Société française de santé publique (SFSP)
- Fédération nationale des podologues (FNP)

Comité d'organisation

Pr Philippe Bertin, rhumatologue, algologie, Limoges

Dr Sylvain Bouquet, généraliste, Villepinte

Mme Christine Cheyron, masseur-kinésithérapeute, Paris

Pr Pascal Claudepierre, rhumatologue, Créteil

Dr Richard Damade, médecine interne, Chartres

Dr Catherine Deguines, chef d'unité Afssaps, Saint-Denis

Pr Maxime Dougados, rhumatologue, Paris

Pr Jean-Luc Drapé, radiologue, Paris

Pr Claude Dreux, Cespharm, ordre national des pharmaciens, Paris

Dr Nathalie Dumarcet, Afssaps, Saint-Denis

M. Marin-Philippe Durafourg, masseur-kinésithérapeute, Courbevoie

Dr Jean-François Eliaou, immunologiste, Montpellier

Pr Liana Euler-Ziegler, rhumatologue, Nice

Mme Laurence Fond-Harmant, sociologue, médecin de santé publique, Luxembourg

M. Jean-Pierre Godard, masseur-kinésithérapeute, Vitry-sur-Seine

Dr Lucile Musset, immunologue, Paris

M. Louis Olié, podologue, Montpellier

Dr François Rannou, médecine physique et de réadaptation, Paris

Dr Pascale Santana, généraliste, Paris

Pr Alain Saraux, rhumatologue, Brest

Pr Daniel Wendling, rhumatologue, Besançon

Groupe de travail

Pr Olivier Meyer, rhumatologue, Paris, président du groupe de travail

Dr Milka Maravic, rhumatologue, Paris, chargée de projet

Dr Joëlle Favre-Bonté, chef de projet HAS, Saint-Denis

Dr François-Xavier Huchet, chef de projet HAS, Saint-Denis

Mme Célia Primus, chef de projet HAS, Saint-Denis

Dr Jean-Louis Brasseur, radiologue, Montfermeil

Dr Philippe Chicault, rhumatologue, Brest

Dr Bernard Clary, généraliste, Trèbes

Pr Bernard Combe, rhumatologue, Montpellier

Dr Emmanuel Corbillon, chef de projet HAS, Saint-Denis
Pr Jean-Pierre Daurès, épidémiologiste, biostatistique, Montpellier
Dr Nicole Fabien, biologiste, Lyon
Dr Céline Kormann-Serre, généraliste, Villepinte
Dr François Lemare, pharmacien, Paris
Dr Sébastien Lepers, biologiste, Lille
Dr Albane Mainguy, chef de projet HAS, Saint-Denis
Dr Gaël Mouterde, rhumatologue, Montpellier
Dr Serge Perrot, rhumatologue, capacité douleur, Paris

Pr Jacques Pouchot, médecine interne, Paris
Mme Patricia Preiss, secrétaire générale de l'Association française des polyarthritiques (AFP), Paris
Dr Xavier Puéchal, rhumatologue, Le Mans
Mme Laurence Quéffelec, membre de l'Association française des polyarthritiques (AFP), Chantepie
Pr Nicolas Sans, radiologue, Toulouse
Dr Isabelle Yoldjian, chef de projet Afssaps, Saint-Denis

Groupe de lecture

Dr Yannick Allanore, rhumatologue, Paris
Pr Zahir Amoura, médecine interne, expert Afssaps, Paris
Dr Isabelle Aubin, généraliste, Soisy-sous-Montmorency
Dr Jean-Marie Berthelot, rhumatologue, Nantes
Dr Christine Bonnet, rhumatologue, Limoges
Dr Philippe Breuillard, rhumatologue, Gonesse
Pr Alain Cantagrel, rhumatologue, Toulouse
Dr Daniel Chénebit, rhumatologue, Montluçon
Dr Georges Chyderiotis, pharmacien biologiste, Lyon
Dr Arnaud Constantin, rhumatologue, Toulouse
Dr Patrice Determe, chirurgien orthopédique, Toulouse
Dr Sylvie Fabre, rhumatologue, Montpellier
Pr Bruno Fautrel, rhumatologue, Paris
Dr Gaëtan Gentile, généraliste, Puyricard
Dr Joëlle Goetz, immunologiste, biologiste, Strasbourg
Dr Laure Gossec, rhumatologue, Paris
Pr Francis Guillemin, épidémiologiste, Vandœuvre-lès-Nancy
Pr Éric Hachulla, médecine interne, Lille
Pr Pierre-Yves Hatron, médecine interne, Lille
Pr Olivier Hauger, radiologie, Bordeaux
Dr Pascal Hilliquin, rhumatologue, Corbeil-Essonnes
Pr Thierry Judet, chirurgien orthopédiste, Garches
Pr Jean-Denis Laredo, radiologue, Paris
Dr Jean-Pierre Larrumbe, généraliste, Velaux

Dr France Lecoq-d'André, rhumatologue, Paris
Pr Xavier Le Loët, rhumatologue, Rouen
Dr Yves Le Noc, généraliste, Nantes
Dr Mireille Lestrade, rhumatologue, Paris
Pr Pierre Lévy, maître de conférences en économie, Paris
Pr Philippe Liverneaux, chirurgie orthopédique, Illkirch
Dr Philippe Loré, rhumatologue et médecine interne, Tulle
Dr Antoine Martin, rhumatologue, Saint-Brieuc
Dr Anne Mayoux-Benhamou, médecine physique et réadaptation, Paris
M. René Mazars, représentant de l'Association française des polyarthritiques (AFP), Luc-la-Primaude
Dr Dominique Medevielle, chirurgien orthopédique, Paris
Pr Charles-Joël Menkès, rhumatologue, Paris
Dr Jacques Morel, rhumatologue, Montpellier
Dr Gilles Morlock, rhumatologue, Carcassonne
Dr Bertrand Moura, rhumatologue, Paris
Dr Denis Mulleman, rhumatologue, Tours
Dr Henri Nataf, rhumatologue, Mantes-la-Jolie
Dr Isabelle Négrier, rhumatologue, Limoges
Dr Henri Partouche, généraliste, Saint-Ouen
Dr Roland Pécheux, généraliste, Villepinte
Mme Claire Sévin, pharmacien, Clamart
Pr Jean-Paul Tillement, pharmacologue, Bois-le-Roi
Pr Richard Trèves, rhumatologue, Limoges
Dr Bernard Weill, immunologiste, Paris

Fiche descriptive

TITRE	Polyarthrite rhumatoïde : diagnostic et prise en charge initiale
Méthode de travail	Recommandations pour la pratique clinique
Date de mise en ligne	Novembre 2007
Objectif(s)	<p>Les objectifs de ces recommandations sont d'évaluer et de proposer les éléments les plus pertinents pour le diagnostic et la prise en charge de la PR initiale afin de favoriser un diagnostic précoce et de permettre l'instauration précoce d'un traitement de fond. Le but poursuivi est d'avoir un impact en termes de :</p> <ul style="list-style-type: none">• prévention, ralentissement ou contrôle de la progression de la PR et de ses complications ;• réduction de la douleur ;• prévention de la perte de fonction dans les activités quotidiennes et au travail (optimisation de la qualité de vie)
Professionnel(s) concerné(s)	Médecins généralistes, rhumatologues, internistes, biologistes, radiologues, spécialistes douleur, chirurgiens orthopédistes, pédicures-podologues
Demandeur	Caisses d'assurance maladie
Promoteur	Haute Autorité de santé
Financement	Fonds publics
Pilotage du projet	<p>Coordination : Dr Joëlle Favre-Bonté, chef de projet , sous la direction de M. Frédéric De Bels, adjoint au chef de service, service des recommandations professionnelles de la HAS (chef de service : Dr Patrice Dosquet)</p> <p>Mme Célia Primus, chef de projet, service évaluation médico-économique et santé publique de la HAS (chef de service : Mme Catherine Rumeau-Pichon)</p> <p>Secrétariat : Mme Isabelle Le Puil</p> <p>Recherche documentaire : Mme Gaëlle Fanelli, documentaliste, avec l'aide de Mme Julie Mokhbi, service documentation de la HAS (chef de service : Mme Frédérique Pagès)</p>
Participants	Sociétés savantes, comité d'organisation, groupe de travail (président : Pr Olivier Meyer, rhumatologue, Paris), groupe de lecture : cf. liste des participants
Recherche documentaire	De janvier 1999 à décembre 2006
Auteurs de l'argumentaire	Dr Milka Maravic, rhumatologue, Paris, chargée de projet
Validation	<p>Avis de la commission Evaluation des stratégies de santé</p> <p>Validation par le Collège de la HAS en Septembre 2007.</p>
Autres formats	Synthèse des recommandations, argumentaire et autres recommandations professionnelles concernant la polyarthrite rhumatoïde téléchargeables sur www.has-sante.fr