



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

GUIDE – AFFECTION DE LONGUE DURÉE

Polyarthrite rhumatoïde évolutive grave

Avril 2008

Ce guide médecin est téléchargeable sur www.has-sante.fr

Haute Autorité de Santé

Service communication

2, avenue du Stade-de-France - F93218 Saint-Denis La Plaine Cedex

Tél. : +33 (0)1 55 93 70 00 - Fax : +33 (0)1 55 93 74 00

Sommaire

Abréviations	5
1. Introduction.....	6
2. Méthode.....	6
3. Généralités sur la polyarthrite rhumatoïde.....	6
4. Évaluation initiale	7
4.1 Objectifs.....	7
4.2 Professionnels impliqués.....	7
4.3 Le diagnostic de la PR	7
4.4 Les éléments pronostiques et de sévérité de la PR.....	8
5. Prise en charge thérapeutique de la PR	8
5.1 Objectifs.....	8
5.2 Professionnels impliqués.....	8
5.3 Traitements médicamenteux	8
5.4 Chirurgie	13
5.5 Stratégie thérapeutique non médicamenteuse	14
5.6 Dispositifs médicaux.....	15
6. Suivi de la polyarthrite rhumatoïde	16
6.1 Le suivi des patients traités par anti-TNF alpha	17
6.2 Les professionnels impliqués dans le suivi	17
7. Stratégies sociale et professionnelle	18
Annexe 1. Liste des participants.....	19
Annexe 2 : Schémas.....	20
Annexe 2 : Schémas.....	20
Schéma 1 : Diagnostic et prise en charge initiale.....	20
Schéma 2 : Bilan et traitement initial.....	21
Schéma 3 : Proposition de stratégie de deuxième intention	22
Schéma 4 : Proposition de stratégie de deuxième intention	23

Schéma 5 : Proposition de stratégie de deuxième intention	24
Schéma 6 : Proposition de stratégie de deuxième intention	25
Schéma 7 : Proposition de stratégie de deuxième intention	26
Annexe 3. DAS 28	27
Annexe 4. Critères de réponse EULAR	29
Annexe 5. SDAI et CDAI	30

Mise à jour des guides et listes ALD

Les guides médecin élaborés par la Haute Autorité de Santé sont révisés tous les trois ans.

Dans l'intervalle, la liste des actes et prestations (LAP) est actualisée au minimum une fois par an et disponible sur le site Internet de la HAS (www.has-sante.fr).

Abréviations

ADA	Adalimumab
AFSSAPS	Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé
AINS	Anti-inflammatoire non stéroïdien
AMM	Autorisation de mise sur le marché
Anti-CCP	Anticorps antipeptide cyclique citrulliné
CRP	Protéine C-réactive
CDAI	<i>Clinical Disease Activity Index</i>
DAS	<i>Disease Activity Score</i>
ELISA	<i>Enzyme Linked Immunosorbent Assay</i>
ETN	Étanercept
ETP	Éducation thérapeutique du patient
EULAR	European League Against Rheumatism
EVA	Échelle visuelle analogique
FAN	Facteur antinucléaire
FR	Facteur rhumatoïde
HAQ	<i>Health Assessment Questionnaire</i>
INF	Infliximab
IPP	Interphalangienne proximale
IRM	Imagerie par résonance magnétique
MCP	Métacarpo-phalangienne
MDPH	Maison départementale pour les personnes handicapées
MPR	Médecine physique et de réadaptation
MTP	Métatarso-phalangienne
MTX	Méthotrexate
NAD	Nombre d'articulations douloureuses
NAG	Nombre d'articulations gonflées
PCH	Prestation de compensation du handicap
Pred	Prednisone
PR	Polyarthrite rhumatoïde
RCP	Résumé des caractéristiques du produit
RhII	Rhumatisme inflammatoire indéterminé
RM	Raideur matinale
SDAI	<i>Simplified Disease Activity Index</i>
SLZ	Sulfasalazine
SO	Sels d'or
TT	Traitement
VIH	Virus de l'immunodéficience humaine
VS	Vitesse de sédimentation

1. Introduction

L'objectif de ce guide médecin est d'expliquer, pour les professionnels de la santé, la prise en charge optimale et le parcours de soins d'un malade admis en ALD au titre de l'ALD 22 : la polyarthrite rhumatoïde évolutive grave.

2. Méthode

Les sources principales utilisées pour élaborer le guide ont été pour le guide les trois recommandations pour la pratique clinique qui ont été élaborées concernant la polyarthrite rhumatoïde (PR) :

- *Polyarthrite rhumatoïde : diagnostic et prise en charge initiale*. HAS 2007.
- *Polyarthrite rhumatoïde : prise en charge en phase d'état*. HAS 2007.
- *Polyarthrite rhumatoïde : aspects thérapeutiques : hors médicament et chirurgie-aspects médico-sociaux et organisationnels*. HAS 2007.

La mise en application de ces recommandations dans le guide médecin a été discutée et validée par un groupe de travail pluridisciplinaire (annexe 1).

3. Généralités sur la polyarthrite rhumatoïde

La polyarthrite rhumatoïde (PR) est un rhumatisme inflammatoire chronique entraînant une destruction articulaire progressive et des répercussions fonctionnelles, psychologiques, sociales et professionnelles parfois graves pour le patient. Il s'agit du rhumatisme inflammatoire le plus fréquent, touchant 0,3 à 0,5 % de la population française, et le plus sévère.

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.

4. Évaluation initiale

4.1 Objectifs

- Confirmer le diagnostic
- Apprécier l'activité de la maladie
- Rechercher les manifestations extra-articulaires
- Rechercher les facteurs de risque cardio-vasculaire
- Évaluer le handicap
- Évaluer l'atteinte structurale en imagerie
- Estimer son pronostic

4.2 Professionnels impliqués

En cas de suspicion de PR, les examens radiologiques et biologiques sont prescrits par le médecin, qu'il soit ou non spécialisé en rhumatologie.

Un avis spécialisé en rhumatologie (rhumatologue, médecin interniste) est nécessaire pour établir ou confirmer le diagnostic de la PR et pour l'instauration du traitement de fond.

Les professionnels de la santé pouvant être impliqués dans la prise en charge des patients atteints de PR sont le généraliste, le rhumatologue, le médecin interniste, le biologiste, le radiologue, avec le concours d'autres spécialistes et de professionnels paramédicaux et sociaux : médecin de médecine physique et de réadaptation (MPR), chirurgien orthopédiste, médecin spécialiste de la douleur, ergothérapeute, masseur-kinésithérapeute, infirmière, podologue-pédicure, podologue-orthésiste, orthoprothésiste, assistante sociale.

D'autres spécialistes et professionnels de la santé peuvent être impliqués dans le suivi du patient en fonction des comorbidités associées du patient, de l'instauration et des éventuelles complications des traitements, des manifestations extra-articulaires.

4.3 Le diagnostic de la PR

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'écarter les autres affections inflammatoires ;
- D'évaluer le risque de développer un rhumatisme persistant et érosif.

Les éléments les plus pertinents sont proposés 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. Se référer à l'annexe 2, schéma 1, « Diagnostic et prise en charge initiale », en page 21. 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.

4.4 Les éléments pronostiques et de sévérité de la PR

Se référer à l'annexe 2, schéma 2, « Bilan et traitement initial ».

5. Prise en charge thérapeutique de la PR

5.1 Objectifs

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.

5.2 Professionnels impliqués

Se référer à la section 4.2.

5.3 Traitements médicamenteux

Pour des raisons de simplicité, les guides médecin citent généralement les classes thérapeutiques sans détailler l'ensemble des médicaments indiqués dans la maladie concernée.

Cependant chaque médicament n'est concerné que dans le cadre précis de son autorisation de mise sur le marché (AMM). Si, pour des raisons explicites, tel n'est pas le cas, et plus généralement pour toute prescription d'un produit hors AMM, qui s'effectue sous la seule responsabilité du prescripteur, celui-ci doit en informer spécifiquement le patient.

► Les anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS)

Les AINS sont des médicaments symptomatiques, utiles pour traiter la douleur et la raideur notamment matinale. Ils peuvent être prescrits en association aux traitements de fond, si ceux-ci ne permettent pas de contrôler complètement la douleur et la raideur.

Les AINS sont prescrits en tenant compte de leurs effets indésirables possibles.

Se référer aux recommandations de l'Afssaps sur l'utilisation des AINS (www.afssaps.sante.fr) et au résumé des caractéristiques du produit (RCP) pour la tolérance de chaque spécialité.

Il est nécessaire de prescrire ces médicaments :

- À la posologie minimale efficace et pendant la durée la plus brève possible ;
- En évaluant le rapport bénéfice/risque pour chaque patient, particulièrement chez les sujets de plus de 65 ans ayant des comorbidités (insuffisance cardiaque, insuffisance rénale, HTA, consommation de tabac, diabète, dyslipidémie, antécédent d'ulcère gastro-duodéal), en associant si nécessaire des mesures préventives, notamment digestives.

► Les antalgiques

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

Pour des informations concernant la tolérance des antalgiques, il est recommandé de se rendre sur le site de l'Afssaps (www.afssaps.sante.fr).

► Les corticoïdes

L'instauration d'une corticothérapie générale nécessite impérativement la confirmation du diagnostic de PR par un médecin spécialisé en rhumatologie (rhumatologue, médecin interniste). Si la corticothérapie est prescrite, il est recommandé de le faire en association avec un traitement de fond.

Une corticothérapie à demi-vie courte par voie orale telle que la prednisone (Pred) ou ses dérivés est recommandée.

Il est fortement recommandé d'utiliser, sur la durée la plus courte, la posologie minimale efficace qui peut être au maximum :

- En attendant l'efficacité d'un traitement de fond ou en cas de survenue d'une poussée : 0,2 mg/kg et par jour
- En cas de traitement au long cours : 0,15 mg/kg et par jour
- En cas de manifestations cliniques extra-articulaires systémiques : 0,5 à 1 mg/kg et par jour.

Il est recommandé de toujours envisager une réduction progressive de la posologie de la corticothérapie avec comme objectif un sevrage complet.

En cas de corticodépendance, qui peut être définie comme une impossibilité de diminuer la posologie sans réactivation de la maladie sous un seuil de 0,1 à 0,15 mg/kg/jour d'équivalent Pred, il est fortement recommandé

d'envisager une modification du traitement de fond pour permettre la réduction de cette corticothérapie.

Les mesures à associer aux corticoïdes

Les mesures associées à une corticothérapie générale correspondent aux mesures de toute corticothérapie au long cours.

Il est fortement recommandé de mettre en place dès l'instauration de la corticothérapie des mesures hygiéno-diététiques permettant de limiter les risques cardio-vasculaire, métabolique et osseux.

Au plan osseux, en cas de mise en place d'une corticothérapie supérieure à 7,5 mg/jour de Pred pour une durée minimale de 3 mois, il est recommandé d'effectuer une ostéodensitométrie, dont les résultats orienteront la stratégie thérapeutique, et de se référer aux recommandations de l'Afssaps sur le traitement de l'ostéoporose cortisonique (www.afssaps.sante.fr).

► Traitements locaux

Injections locales intra-articulaires et périarticulaires de corticoïdes

En cas d'inflammation persistante mono ou oligoarticulaire, notamment ténosynoviale, utiliser dans tous les cas un corticoïde retard. En cas d'injection intra-articulaire, notamment pour les grosses articulations, privilégier l'hexacétonide de triamcinolone.

Injection intra-articulaire d'un isotope sous contrôle scopique

Les synoviorthèses consistent en l'injection intra-articulaire d'un isotope sous contrôle scopique. Elles doivent être systématiquement réalisées en association à un corticoïde pour limiter le risque inflammatoire immédiat.

► Les traitements de fond

- Méthotrexate (MTX), voie orale, voie intramusculaire, voie sous-cutanée, léflunomide, sulfasalazine (SLZ).
- Traitements de fond appartenant aux biothérapies : anti-TNF alpha : adalimumab (ADA), étanercept (ETN), infliximab (INF).
- Autres biothérapies : abatacept, anakinra, rituximab.
- Autres traitements de fond : azathioprine, ciclosporine, cyclophosphamide, D-pénicillamine, hydroxychloroquine, tiopronine, sels d'or.

Les traitements de fond ont démontré leur efficacité sur l'activité de la maladie et, pour certains d'entre eux, leur capacité à réduire la progression des lésions articulaires structurales.

Le but de ce traitement est d'obtenir :

- Une rémission (tel un DAS 28 < 2,6) ou à défaut un contrôle de l'activité de la maladie, par exemple un faible niveau d'activité avec un DAS 28 < 3,2 ;

- La prévention des lésions structurales, 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 MTX, qui est le traitement de fond de référence dans la PR.

La posologie initiale du MTX recommandée est au minimum de 10 mg/semaine, à adapter à l'index de masse corporelle 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 DAS 28 toutes les 4 à 8 semaines. La posologie maximale proposée est de 25 mg/semaine, mais doit être adaptée au contexte clinique et à la tolérance du traitement.

Il existe des formes parentérales (intramusculaire, sous-cutanée), utilisables en cas d'insuffisance de réponse et/ou de symptômes d'intolérance digestive à la forme galénique *per os*. Il est recommandé de prescrire des folates en association au MTX pour prévenir des troubles digestifs.

D'autres traitements de fond peuvent être proposés en alternative : le léflunomide à la posologie de 20 mg/jour (il n'est pas recommandé de réaliser de dose de charge) ou la SLZ à la posologie initiale de 1 g/jour, en augmentant par palier hebdomadaire jusqu'à 2 à 3 g/jour. Ces deux thérapeutiques ainsi que le MTX ont démontré un effet structural dans la PR en phase d'état.

La poursuite d'un traitement de fond doit faire l'objet d'une évaluation régulière de son rapport bénéfice/risque dans le cadre d'une décision partagée avec le patient.

L'efficacité du traitement de fond est évaluée par un médecin spécialisé en rhumatologie : rhumatologue, médecin interniste.

L'efficacité clinique doit être jugée sur des critères d'activité :

- Critères d'activité clinique : nombre d'articulations gonflées (NAG), nombre d'articulations douloureuses (NAD) ; durée de la raideur matinale ; niveau global d'activité évalué par le patient grâce à l'échelle visuelle analogique (EVA) et niveau global d'activité évalué par le médecin.
- Critères biologiques : vitesse de sédimentation (VS), protéine C-réactive (CRP).
- Calcul du DAS 28 (se référer à l'annexe 3 page 28).

La tolérance du traitement doit être évaluée régulièrement par le patient ou son entourage, son médecin traitant et le médecin spécialisé en rhumatologie.

Un changement de traitement de fond, sous la responsabilité du médecin spécialisé (rhumatologue, médecin interniste), doit être envisagé dans le cadre d'une décision partagée avec le patient :

- Soit lors de la survenue d'événement(s) indésirable(s) ou intercurrent(s) jugé(s) incompatible(s) avec la poursuite du traitement en cours.
- Soit en cas d'insuffisance d'efficacité clinique ou structurale.

Les critères pour évaluer une insuffisance d'efficacité clinique et une insuffisance d'efficacité structurale sont les suivants :

- Soit une absence de réponse primaire après une période de 12 à 24 semaines selon le traitement de fond utilisé, en fonction des critères de réponse EULAR (se référer à l'annexe 4 page 30) :
 - DAS 28 > 5,1 et une variation du DAS 28 < 1,2 ;
 - ou DAS 28 < 5,1 et une variation du DAS 28 < 0,6 (se référer à l'annexe 3 page 28).
- Soit une réponse modérée après une période de 12 à 24 semaines selon le traitement de fond utilisé et selon les critères de réponse EULAR :
 - DAS 28 entre 3,2 et 5,1 et une variation du DAS 28 > 0,6 ;
 - DAS 28 < 3,2 et une variation du DAS 28 entre 0,6 et 1,2 mais jugée insuffisante par le patient et le médecin, par exemple du fait de critères d'activité clinique associés (durée de la raideur matinale, douleur, atteinte des pieds et des chevilles non comptabilisés dans le calcul du DAS 28, manifestations extra-articulaires).
- Soit un échappement thérapeutique après une réponse clinique initiale, défini par une aggravation persistante des paramètres d'activité lors de deux consultations de 1 à 3 mois d'intervalle.
- Soit l'impossibilité de réduire une corticothérapie associée à une posologie acceptable quant au rapport bénéfice/risque individuel (par exemple de 0,1 à 0,15 mg/kg/jour).

L'insuffisance d'efficacité structurale peut correspondre à une progression de lésions existantes ou à la survenue de nouvelles lésions (érosions, pincements articulaires) évaluées en comparant des radiographies standard.

Différentes propositions de stratégie thérapeutique de deuxième intention sont présentées dans les schémas 3 à 7 (se référer à l'annexe 2, page 20 à 27).

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

► Le bilan à effectuer avant de prescrire un anti-TNF alpha

Rechercher à l'interrogatoire et à l'examen clinique :

- Un contage tuberculeux, un antécédent de tuberculose mal traitée, un antécédent de primo-infection tuberculeuse ;
- Une comorbidité à risque d'infection sévère ;
- Une infection aiguë ou chronique ;
- Un foyer infectieux latent (par exemple : mauvais état bucco-dentaire, sinusite chronique, infection urinaire, etc.) ;
- Un antécédent de néoplasie ou d'hémopathie maligne, une lésion précancéreuse ;
- Une maladie démyélinisante ;
- Une insuffisance cardiaque ;
- Une grossesse.

Vérifier le statut vaccinal du patient et procéder à la réalisation de vaccins si nécessaire.

Réaliser les examens complémentaires suivants :

- Radiographie du thorax face et profil ;
- Intradermoréaction à la tuberculine 5U (Tubertest[®] à 5UI de tuberculine) ;
- Recherche d'une infection urinaire par un test technique adapté
- Hémogramme ;
- Transaminases ;
- Électrophorèse des protéines sériques ;
- Test de grossesse si la femme est en période d'activité génitale et sans contraception efficace ;
- Sérologie des hépatites B et C ;
- Sérologie VIH ;
- Anticorps antinucléaires et, s'ils sont positifs, anticorps anti-ADN natif et anti-ENA.

D'autres examens complémentaires peuvent être envisagés en fonction des données cliniques et du terrain du patient (âge, comorbidités, etc.).

5.4 Chirurgie

La décision d'une intervention chirurgicale fait l'objet d'une évaluation multidisciplinaire. Cette équipe multidisciplinaire inclut le patient, le médecin traitant, le rhumatologue, le médecin interniste, le chirurgien orthopédiste habitué à la prise en charge de rhumatismes inflammatoires, l'équipe de rééducation fonctionnelle. Toute intervention chirurgicale nécessite la mise en place d'un programme de rééducation postopératoire.

La rééducation fonctionnelle doit être réalisée dans un service de rééducation spécialisé dans les maladies rhumatismales inflammatoires.

5.5 Stratégie thérapeutique non médicamenteuse

Les interventions thérapeutiques non médicamenteuses dans le cadre de la PR sont multiples. Elles comprennent notamment les traitements physiques, les interventions éducatives, psychologiques. Lorsque cela est possible, la coordination des traitements non médicamenteux peut être assurée par un médecin de médecine physique et de réadaptation. Le médecin de médecine physique et de réadaptation réalise un test d'évaluation et de catégorisation des déficiences, des incapacités et des désavantages sociaux.

► Traitements physiques

Les traitements physiques font appel aux techniques de rééducation et de réadaptation : kinésithérapie, ergothérapie, pédicurie-podologie et appareillage.

Leurs principaux objectifs sont :

- La diminution de l'état douloureux ;
- La prévention ou le traitement des déformations ;
- L'entretien ou la récupération de la mobilité et de la stabilité articulaire ;
- L'entretien des performances musculaires et de la capacité aérobie ;
- L'adaptation fonctionnelle à l'évolution du handicap.

Les techniques passives et actives de masso-kinésithérapie sont utilisées pour la rééducation et la réadaptation.

La balnéothérapie peut être proposée en complément de techniques actives ou passives de kinésithérapie en particulier lorsque ces techniques doivent être réalisées en décharge.

L'ergothérapie est indiquée en vue de l'enseignement des règles de protection articulaire (éducation gestuelle ou économie articulaire), de l'information sur les orthèses, du choix ou de la confection des aides techniques, de l'aménagement de l'environnement : accessibilité de la cuisine et des sanitaires, moyens de déplacement, au domicile et au niveau du poste de travail.

Les soins de pédicurie-podologie sont indiqués pour traiter les anomalies unguéales et les hyperkératoses localisées des pieds des patients atteints de PR.

Un tableau présente les indications des interventions non médicamenteuses en fonction des objectifs thérapeutiques. Se référer aux recommandations : *Polyarthrite rhumatoïde : aspects thérapeutiques hors médicaments et chirurgie – aspects médico-sociaux et organisationnels*. HAS 2007.

► Éducation thérapeutique du patient (ETP)

L'ETP vise à accompagner le patient dans l'acquisition de compétences d'autosoins et d'adaptation, et à prévenir les complications évitables. L'ETP contribue à l'amélioration ou au maintien de l'état de santé du patient, de sa qualité de vie et de celle de ses proches.

Dans le cadre de la PR, l'ETP est complémentaire de la prise en charge médicale, réalisée si possible par une équipe pluridisciplinaire en accord avec le médecin spécialisé en rhumatologie (rhumatologue, médecin interniste) et le médecin traitant. Elle contribue au développement de compétences qui permettent au patient de :

- Connaître et comprendre la maladie et les traitements médicamenteux et non médicamenteux ;
- Acquérir les gestes respectant les règles de protection articulaire ;
- Mettre en œuvre des modifications de son mode de vie (équilibre diététique, programme d'activité physique, etc.) ;
- Prévenir des complications évitables ;
- Faire face aux problèmes occasionnés par la maladie, etc. ;
- Impliquer son entourage dans la gestion de la maladie, des traitements et des répercussions qui en découlent ;

Les associations de patients peuvent participer activement à l'éducation thérapeutique des patients en informant, orientant, aidant, soutenant le patient et ses proches.

► **Prise en charge psychologique**

La prise en charge médicale de tout patient atteint d'une PR doit systématiquement prendre en compte le retentissement psychologique de la pathologie. L'intervention d'un psychologue ou d'un psychiatre est une décision qui relève du patient, conseillé par le médecin traitant ou le spécialiste.

5.6 Dispositifs médicaux

Les orthèses et semelles orthopédiques, les attelles, les chaussures orthopédiques, les aides techniques, les aides mécaniques (cannes, béquilles, déambulateur) seront utilisées dès que nécessaire.

Le port d'orthèses est recommandé dans un but antalgique, fonctionnel ou correctif après évaluation clinique dans les indications suivantes :

- Immobilisation temporaire des articulations très inflammatoires (port de l'orthèse lors des périodes de repos) ;
- Stabilisation des articulations détruites (port de l'orthèse lors des activités) ;
- Correction de certaines déformations réductibles.

Les orthèses sur mesure sont généralement mieux adaptées que les orthèses de série.

Les aides techniques des membres supérieurs sont indiquées pour faciliter les activités quotidiennes. Leur utilisation pendant les activités permet de réduire les douleurs et les contraintes articulaires. Elles sont palliatives et améliorent l'autonomie en cas d'atteinte articulaire sévère.

La prescription d'aides techniques à la marche ou au déplacement est recommandée lorsque la marche est douloureuse ou difficile, afin

d'améliorer l'autonomie fonctionnelle, de faciliter les déplacements et de réduire la sédentarité.

Le fauteuil roulant, les lève-personne, le matériel d'aide aux transferts seront utilisés en fonction du handicap fonctionnel.

Le lit médicalisé sera prescrit dans le cas où sont requis une aide humaine ou technique et/ou des soins infirmiers, ou dans le cas de formes évoluées.

Les coussins et matelas d'aide à la prévention des escarres et coussins de positionnement seront utilisés pour les patients alités.

6. Suivi de la polyarthrite rhumatoïde

Il est recommandé de recueillir les éléments suivants pour évaluer l'activité de la maladie :

- NAG, NAD ;
- Les critères d'interrogatoire qui sont : l'échelle visuelle analogique (EVA) globale de l'activité par le patient, la durée de la raideur matinale et l'intensité de la douleur ;
- L'appréciation globale de l'activité par le médecin ;
- Les paramètres biologiques : VS, CRP ;
- Le calcul du DAS 28 . Il existe d'autres scores que le DAS 28, le SCAI et le SDAI. (Se référer à l'annexe 5).

Les manifestations extra-articulaires sont régulièrement recherchées (nodules rhumatoïdes, vascularite, manifestation cardiaque, pulmonaire, neurologique, etc.).

Il est recommandé de mesurer l'efficacité thérapeutique sur l'activité de la maladie en utilisant notamment le DAS 28.

Il est recommandé de suivre l'activité de la PR en phase d'état jusqu'au contrôle de la maladie (activité faible) :

- Tous les 3 à 6 mois lorsque la maladie est stabilisée ;
- Tous les mois en cas de poussée évolutive ou de modification du traitement de fond.

Il est recommandé d'évaluer la progression radiologique :

- Tous les 6 mois la première année ;
- Puis au minimum tous les ans pendant les 3 à 5 premières années et en cas de changement de stratégie thérapeutique ;
- Puis de manière plus espacée.

Un bilan du retentissement du handicap fonctionnel peut être évalué au moins une fois par an.

Compte tenu de la fréquence de la morbidité cardio-vasculaire associée à la PR, les autres facteurs de risque cardio-vasculaire doivent être systématiquement et régulièrement recherchés et si possible corrigés (arrêt du tabac, dyslipidémie, HTA, diabète, obésité, décroissance d'une corticothérapie).

6.1 Le suivi des patients traités par anti-TNF alpha

Cette surveillance doit comprendre en plus des éléments cités ci-dessus :

- Sur le plan clinique : la recherche d'événements indésirables, notamment infectieux. La présence d'un syndrome infectieux doit faire arrêter momentanément le traitement par anti-TNF alpha. Dans ce cas, un avis spécialisé (rhumatologue, médecin interniste) en rhumatologie est recommandé ;
- Sur le plan biologique : un hémogramme et un dosage des transaminases.

Cette surveillance doit être réalisée à 1 mois, à 3 mois, puis tous les 3 mois pour l'ETN et l'ADA, lors de chaque perfusion pour l'INF.

L'objectif thérapeutique est la réponse EULAR (se référer à l'annexe 4 pour les critères de réponse EULAR). En cas de non-réponse EULAR à 12 semaines, il est recommandé d'arrêter le traitement anti-TNF alpha et de modifier la stratégie thérapeutique.

6.2 Les professionnels impliqués dans le suivi

Le suivi est effectué conjointement par le médecin spécialisé en rhumatologie et le médecin traitant, éventuellement en collaboration avec un médecin de médecine physique et de réadaptation et d'autres professionnels de la santé.

L'évaluation de l'activité de la maladie, la mesure de l'efficacité thérapeutique et le contrôle de la progression radiologique doivent être réalisés par un médecin spécialisé en rhumatologie (rhumatologue, médecin interniste).

La tolérance du traitement doit être évaluée régulièrement par le patient ou son entourage, son médecin traitant et le médecin spécialisé en rhumatologie.

D'autres professionnels de la santé peuvent participer au suivi dans le cadre :

- Des comorbidités associées du patient ;
- De l'instauration d'un traitement de fond ;
- Des éventuelles complications des traitements ;
- Des manifestations extra-articulaires de la PR.

Le médecin de médecine physique et de réadaptation coordonne, dans la mesure du possible, la mise en œuvre des traitements non médicamenteux lorsqu'ils nécessitent l'intervention de plusieurs professionnels.

Les infirmier(e)s participent au suivi des patients ; ils (elles) peuvent assurer des soins tels que l'éducation, la supervision des traitements : administration, effets indésirables, observance, gestion de l'apport d'aides techniques et des besoins en aide pour divers soins spécifiques.

Associations de patients

Il est recommandé d'informer tout patient atteint de PR de l'existence d'associations de malades, notamment dès que le diagnostic est formellement établi, et de lui en communiquer les coordonnées, s'il le souhaite.

7. Stratégies sociale et professionnelle

Quand déclencher les démarches sociales et professionnelles ?

- 100 % dans le cadre des affections de longue durée (ALD) :
 - effectuer la demande d'exonération du ticket modérateur dès que les critères d'admission en ALD sont confirmés par le spécialiste en rhumatologie ;
- Procédures d'aménagement professionnel :
 - solliciter le médecin du travail dès que la PR entraîne une répercussion notable et durable dans la vie professionnelle du patient ;
 - conseiller au patient de solliciter une demande de reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé dès qu'il n'est plus en mesure d'assurer son emploi ou d'y postuler sans aménagement des horaires ou du poste de travail ;
- Programmer un entretien avec un assistant de service social :
 - lorsque la situation sociale du patient est précaire ou difficile, en particulier en cas d'absence de couverture complémentaire ;
 - en cas d'arrêt de travail d'une durée prévisible de plus de trois mois ;
 - en cas de demande de reconnaissance en qualité de travailleur handicapé, mise en invalidité ou retraite anticipée ;
 - en cas de gêne durable pour effectuer les actes de la vie quotidienne.

Conseiller au patient le cas échéant de s'adresser à la maison départementale pour les personnes handicapées (MDPH).

Annexe 1. Liste des participants

Ce travail a été coordonné par le Docteur Joëlle Favre-Bonté, chef de projet au service des recommandations professionnelles, et réalisé avec les participants suivants :

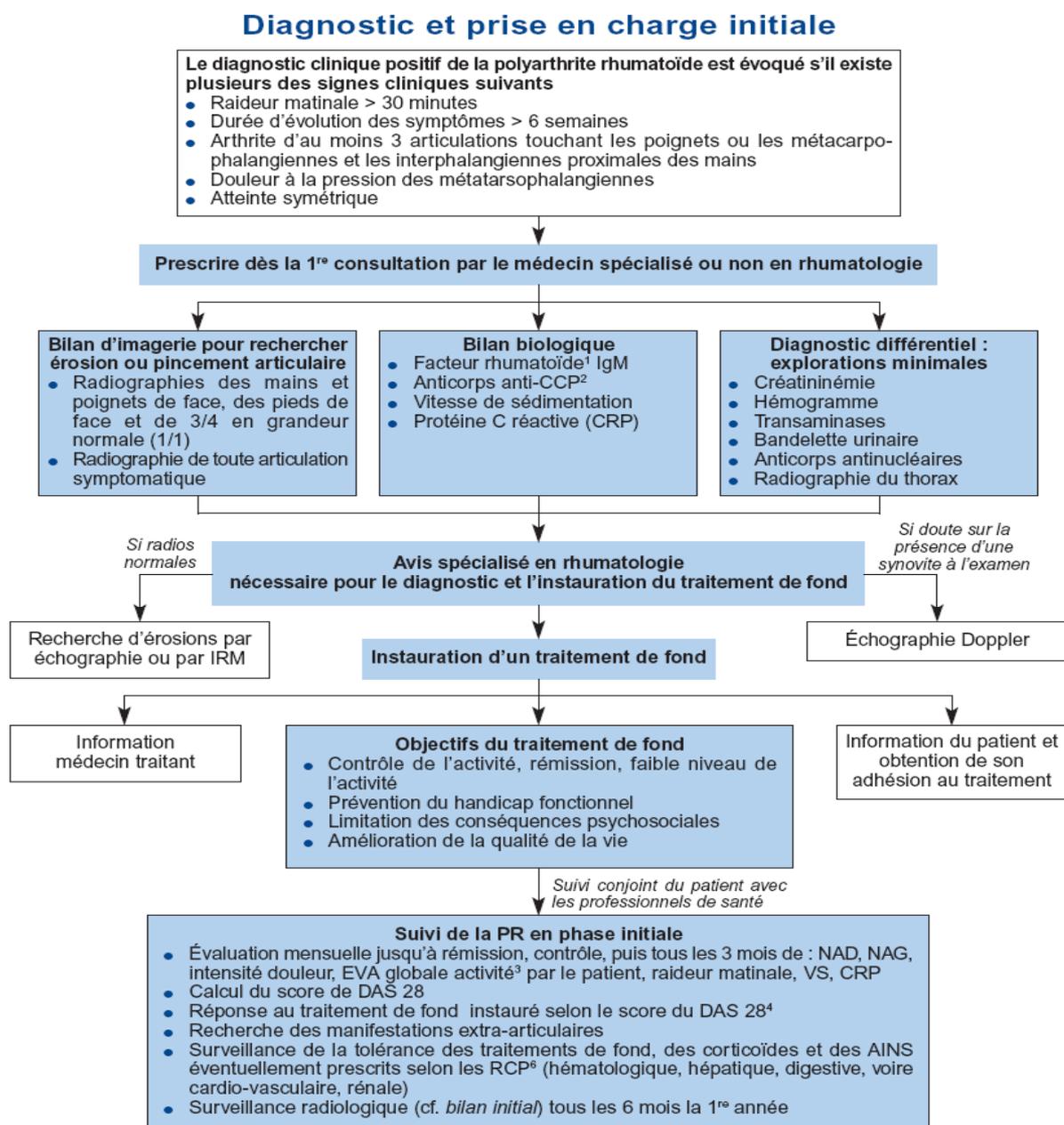
- Dr Jean-Marie Berthelot, rhumatologue, Nantes
- Dr Christine Bonnet, rhumatologue, Limoges
- Dr Philippe Chicault, rhumatologue, Brest
- Dr Bernard Clary, généraliste, Trèbes
- Pr Bernard Combe, rhumatologue, Montpellier
- Dr Emmanuel Coudeyre, MPR, Chamalières
- Pr René-Marc Flipo, rhumatologue, Lille
- Dr Gaëtan Gentile, généraliste, Puyricard
- Dr Ahmed Hassairi, généraliste, Peyrat-la-Nonière
- Dr Céline Kormann-Serre, généraliste, Villepinte
- Dr Marie-Martine Lefèvre-Colau, MPR, Paris
- Dr Yves Le Noc, président de la SFDRMG, généraliste, Nantes
- Dr France Lecoq-d'André, rhumatologue, Paris
- Dr Philippe Loré, rhumatologue, Tulle
- Dr Milka Maravic, rhumatologue, Paris
- Dr Gilles Morlock, rhumatologue, Carcassonne
- Dr Xavier Puéchal, rhumatologue, Le Mans
- Pr Jacques Pouchot, médecine interne, Paris
- Dr Laurence Ladrière, médecin-conseil Régime social des indépendants, Nord-Pas-de-Calais
- Dr Mathilde Risse, représentant la CNAMTS
- Mme Patricia Preiss, et Mr René Mazars, représentants de l'Association française des polyarthritiques
- Mme Paule Greck, représentant l'Association nationale de défense contre l'arthrite rhumatoïde

Le guide a aussi été relu par le Pr Éric Hachulla, médecine interne, Lille, le Dr Philippe Perez, médecin-conseil chef de service, Direction du service médical national, Caisse nationale du RSI.

Ce guide a aussi été adressé pour relecture à la MSA.

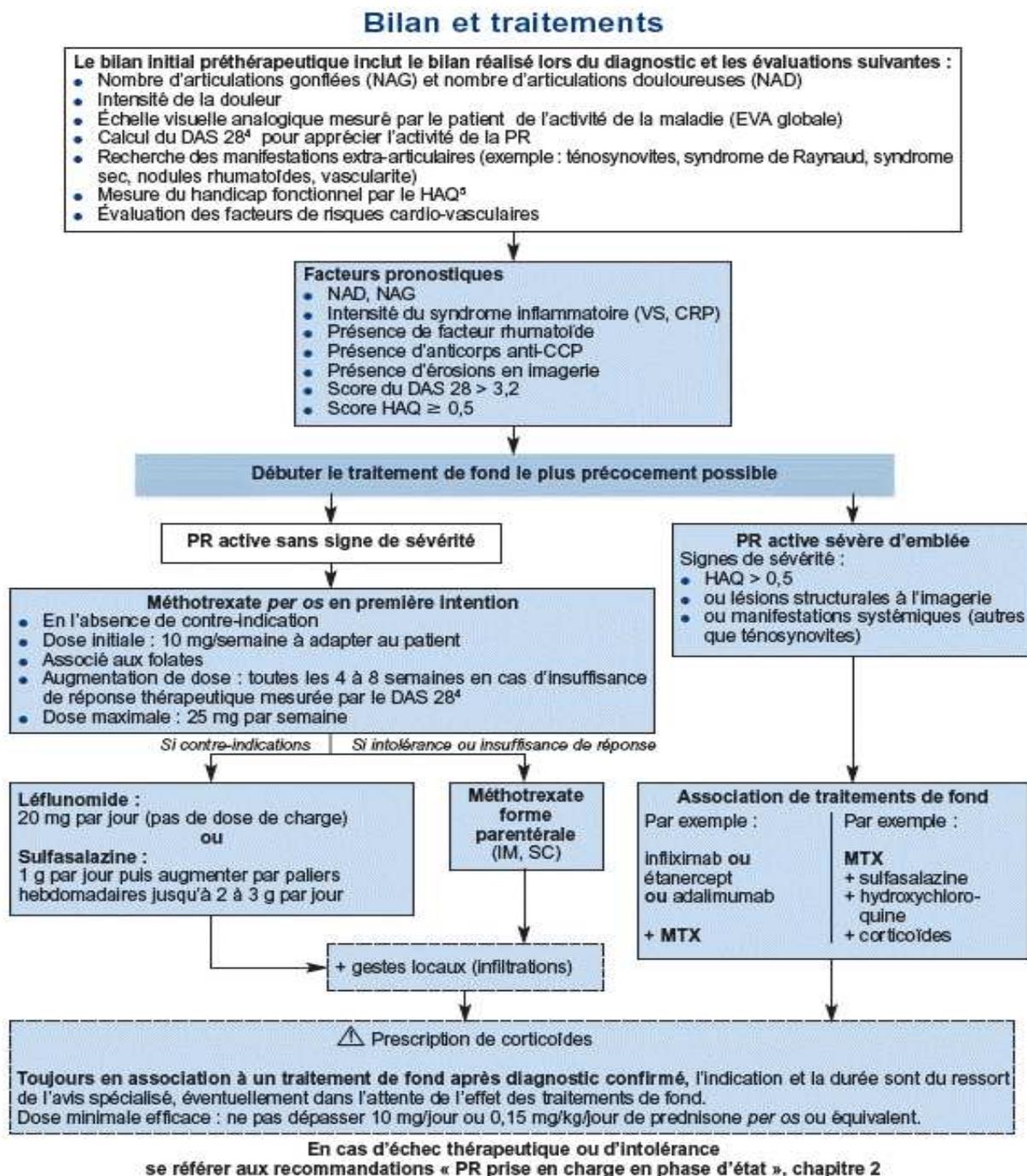
Annexe 2 : Schémas

Schéma 1 : Diagnostic et prise en charge initiale



FR¹ par technique ELISA ou néphélométrique.
 Anti-CCP² = anticorps antiprotéines/peptides citrullinés par technique ELISA.
 L'EVA activité³, le DAS⁴ sont disponibles sur le site de la HAS.
 Les RCP⁶ sont disponibles sur le site de l'Assaps.
 NAD : nombre d'articulations douloureuses.
 NAG : nombre d'articulations gonflées.

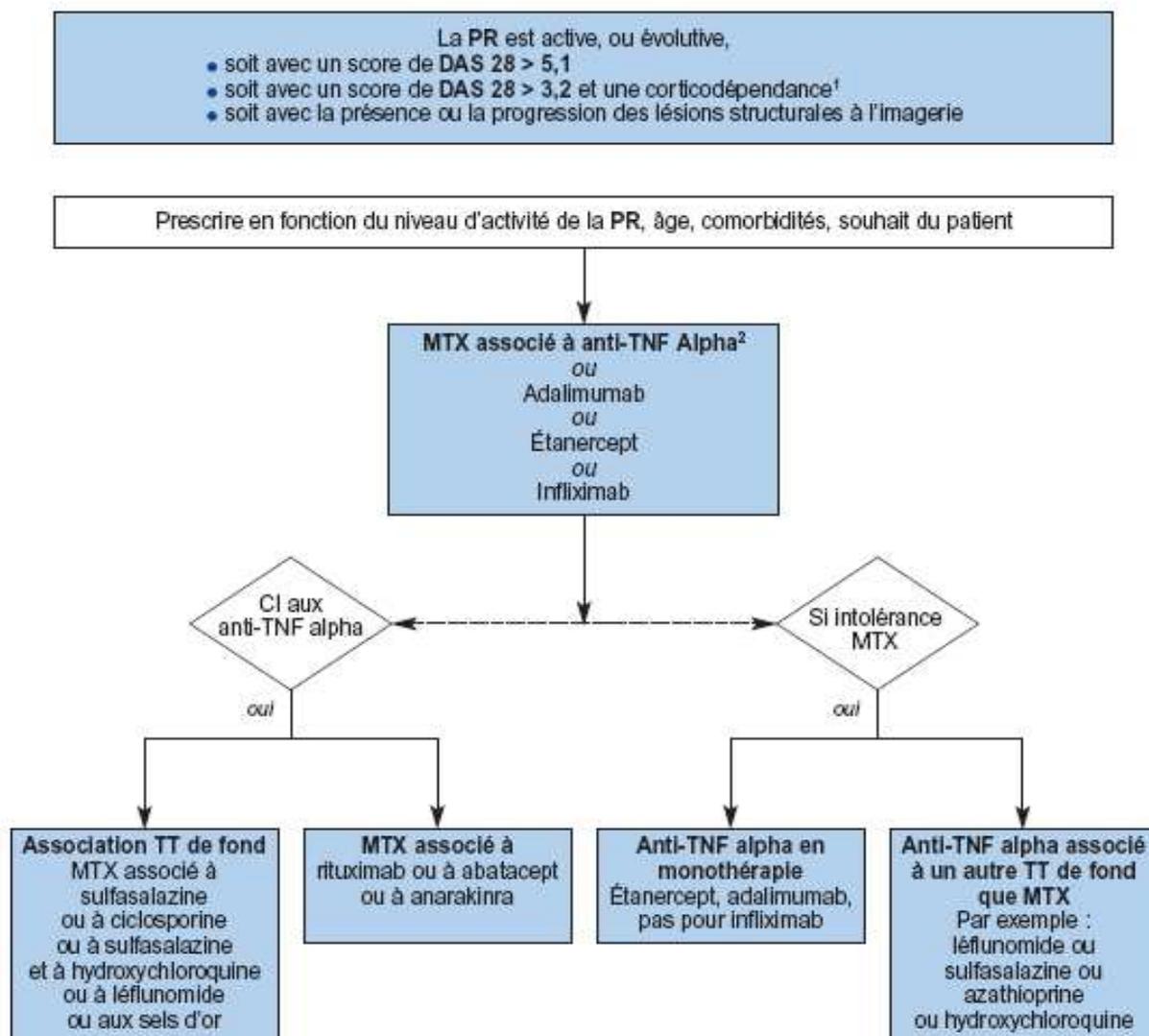
Schéma 2 : Bilan et traitement initial



⁴ Le HAQ⁵ est disponible sur le site de la HAS.

Schéma 3 : Proposition de stratégie de deuxième intention

Proposition de stratégie thérapeutique de deuxième intention : pour un patient sous méthotrexate, insuffisant à dose maximale tolérée pendant au moins 3 mois

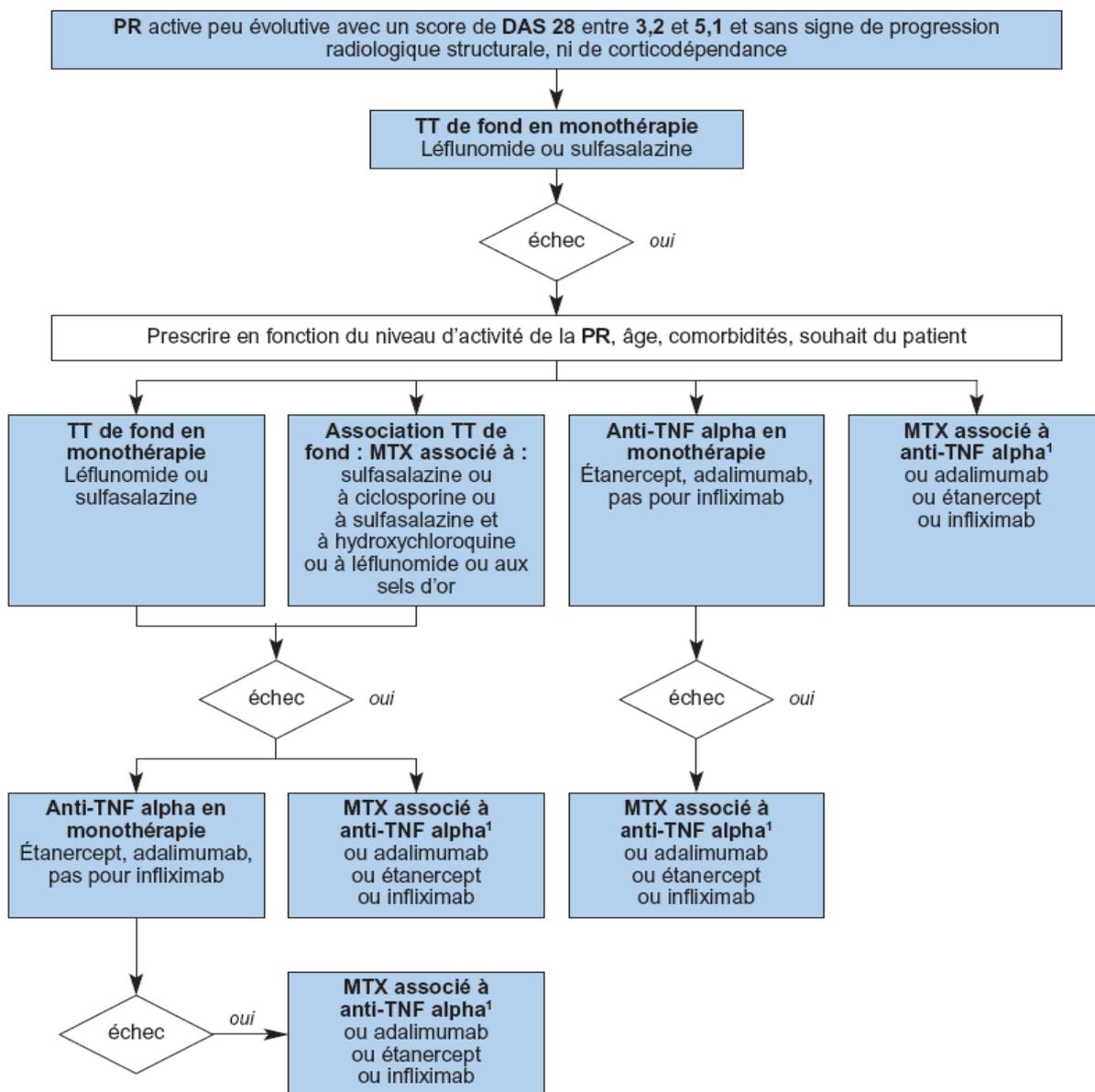


1. Définition proposée pour la corticodépendance : la corticodépendance peut être définie comme une impossibilité de diminuer la posologie sans réactivation de la maladie sous un seuil de 0,1 à 0,15 mg/kg/j.

2. Cités par ordre alphabétique.

Schéma 4 : Proposition de stratégie de deuxième intention

Proposition de stratégie thérapeutique de deuxième intention : pour un patient sous méthotrexate, insuffisant à dose maximale tolérée pendant au moins 3 mois



1. Cités par ordre alphabétique.

Schéma 5 : Proposition de stratégie de deuxième intention

Proposition de stratégie thérapeutique de deuxième intention : pour un patient sous léflunomine ou sulfasalazine, insuffisant à dose maximale tolérée pendant au moins 3 mois

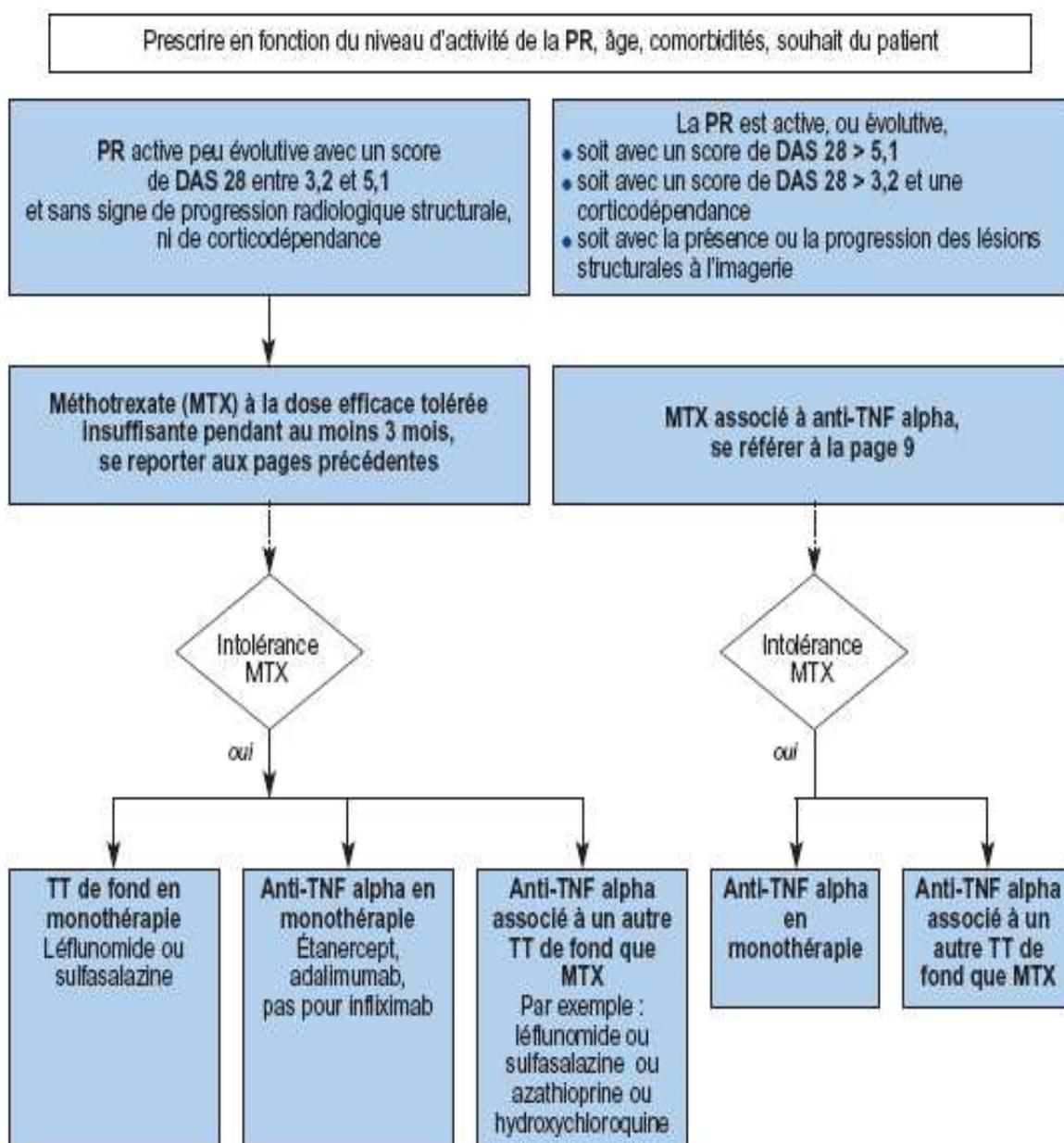


Schéma 6 : Proposition de stratégie de deuxième intention

Proposition de stratégie thérapeutique de deuxième intention : patient en échec thérapeutique sous anti-TNF alpha en association à un traitement de fond (MTX ou autre)

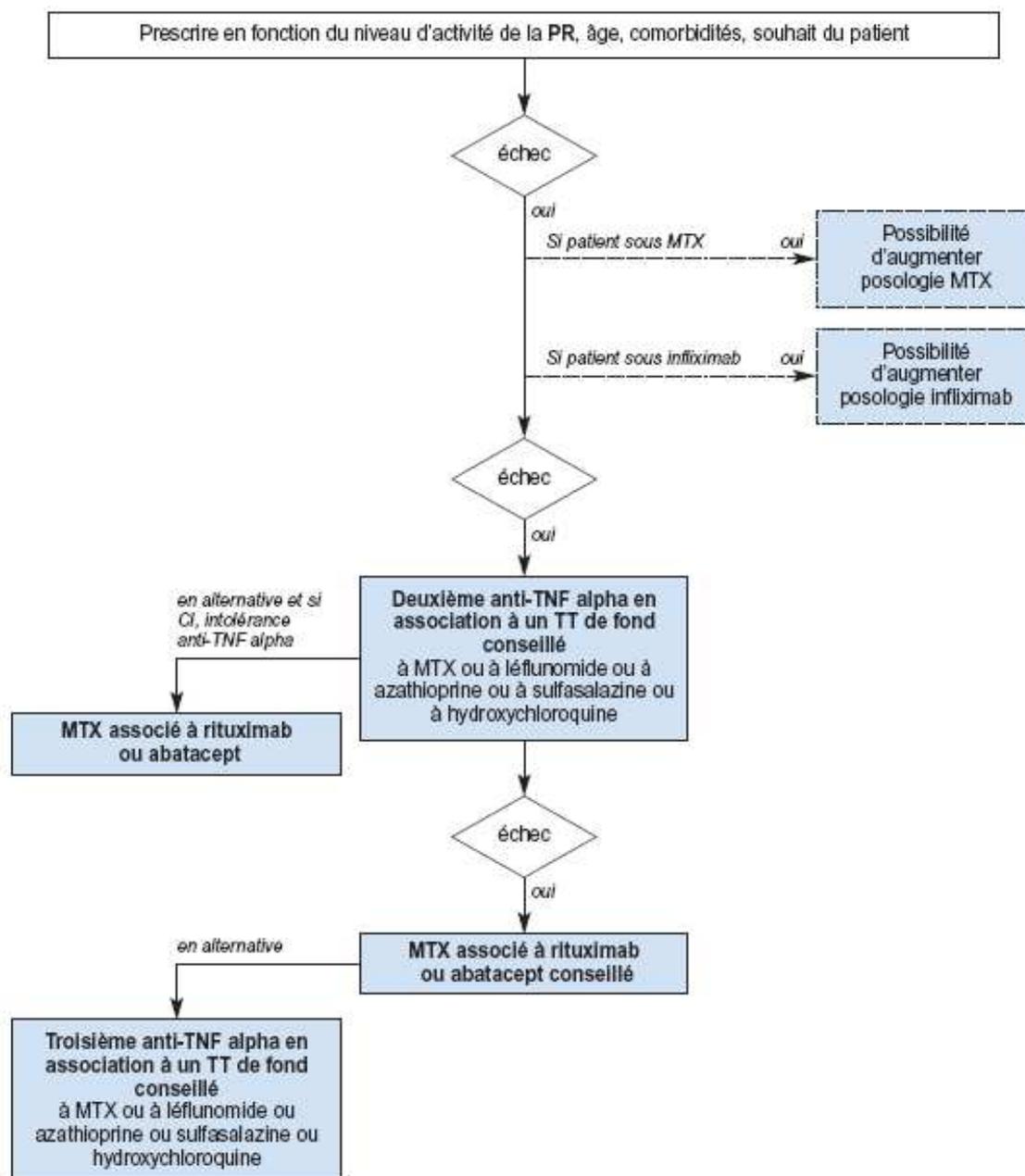
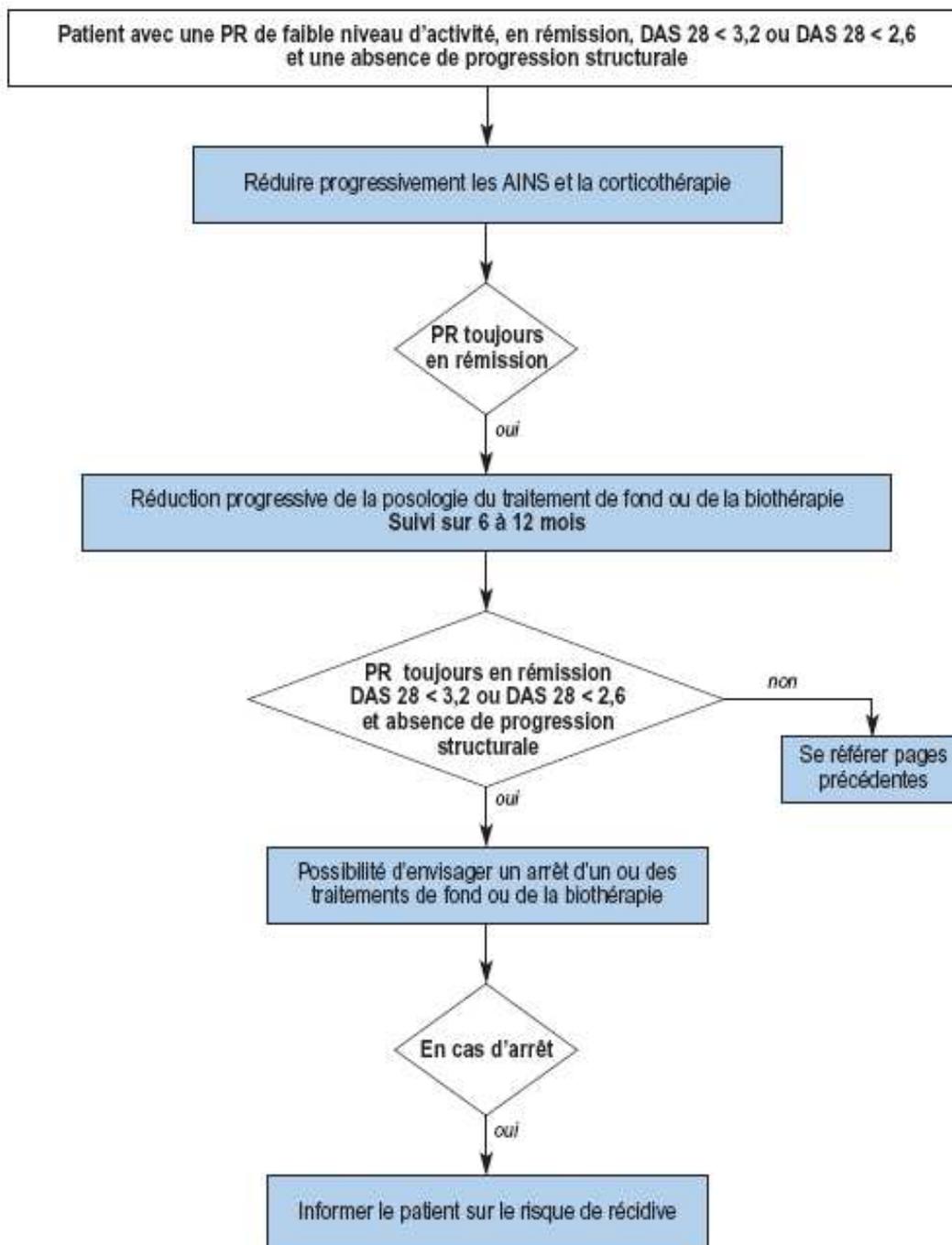


Schéma 7 : Proposition de stratégie de deuxième intention

Proposition de stratégie thérapeutique de deuxième intention : PR avec un faible niveau d'activité



Annexe 3. DAS 28

Le DAS 28 correspond à une simplification du DAS (*Disease Activity Score*), 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

L'analyse articulaire se fait sur 28 sites articulaires (10 métacarpo-phalangiennes, 8 interphalangiennes proximales des mains, 2 interphalangiennes des pouces, 2 poignets, 2 genoux, 2 coudes, 2 épaules). Il prend en compte le nombre de synovites et d'articulations douloureuses à la palpation, le résultat de la vitesse de sédimentation (VS) et la valeur de l'appréciation globale de la maladie évaluée par le patient sur une échelle visuelle analogique présentée ci-après (EVA) :

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

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

Ou

$$\text{DAS 28} = [0,56 \times \sqrt{(\text{nombre d'articulations douloureuses})}] + [0,28 \times \sqrt{(\text{nombre de synovites})}] + [0,7 \times \text{Ln}(\text{vitesse de sédimentation})] + [0,014 \times (\text{appréciation globale de la maladie par le patient})]$$

Un exemple calculé du DAS est donné ci-dessous :

Nombre d'articulations douloureuses [0-28] : 9

Nombre de synovites [0-28] : 17

VS à la première heure en mm/h : 41

EVA patient en mm : 80

$$\text{DAS} = [0,56 \times \sqrt{(9)}] + [0,28 \times \sqrt{(17)}] + [0,7 \times \text{Ln}(41)] + [0,014 \times (80)] = 6,55$$

Définition du niveau d'activité de la PR avec le DAS 28 :

- PR de faible niveau d'activité : $\text{DAS 28} \leq 3,2$
- PR active : $\text{DAS 28} > 3,2$
- PR modérément active : $3,2 < \text{DAS 28} \leq 5,1$
- PR très active : $> 5,1$

Mesure de l'efficacité thérapeutique sur l'activité de la maladie avec le DAS 28 :

Lorsque le DAS 28 final (deuxième mesure) est inférieur ou égal à 3,2 :

- une bonne réponse thérapeutique se définit par une amélioration du DAS 28 supérieure à 1,2 ;
- une réponse thérapeutique modérée se définit par une diminution du DAS 28 supérieure à 0,6 et inférieure ou égale à 1,2 ;
- une non-réponse thérapeutique se définit par une diminution du DAS 28 inférieure ou égale à 0,6.

Annexe 4. Critères de réponse EULAR

Critères d'activité et de réponse EULAR (European League Against Rheumatism)

L'activité de la PR pour le DAS 28 et le DAS 44 selon les critères européens EULAR est classée ainsi :

Activité de la PR	Score DAS 28	Score DAS 44
Rémission	DAS 28 < 2,6	DAS < 1,6
Faible	2,6 ≤ DAS 28 ≤ 3,2	1,6 ≤ DAS ≤ 2,4
Modérée	3,2 ≤ DAS 28 ≤ 5,1	2,4 ≤ DAS ≤ 3,7
Forte	DAS 28 > 5,1	DAS > 3,7

La réponse thérapeutique EULAR sur l'activité de la maladie, entre deux mesures selon l'évolution du DAS 28 au cours d'une période, est qualifiée comme suit :

Activité de la PR (score actuel)	Diminution du score DAS 28		
	> 1,2	> 0,6 et ≤ 1,2	≤ 0,6
Faible	Bonne		
Modérée		Modérée	Nulle
Forte	Modérée	Nulle	

L'évaluation de la réponse thérapeutique sur l'activité de la maladie entre deux mesures du DAS 28 peut se libeller également ainsi :

- **Lorsque le DAS 28 final (deuxième mesure) est inférieur ou égal à 3,2 :**
 - une bonne réponse thérapeutique se définit par une amélioration du DAS 28 supérieure à 1,2 ;
 - une réponse thérapeutique modérée se définit par une diminution du DAS 28 supérieure à 0,6 et inférieure ou égale à 1,2 ;
 - une non-réponse thérapeutique se définit par une diminution du DAS 28 inférieure ou égale à 0,6.
- **Lorsque le 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 DAS 28 au moins supérieure à 0,6 ;
 - une non-réponse thérapeutique se définit par une diminution du DAS 28 inférieure ou égale à 0,6.
- **Lorsque le DAS 28 final (deuxième mesure) est supérieur à 5,1 :**
 - une réponse thérapeutique modérée se définit par une diminution du DAS 28 supérieure à 1,2 ;
 - une non-réponse thérapeutique se définit par une diminution du DAS 28 inférieure ou égale à 1,2.

Annexe 5. SDAI et CDAI

Le **SDAI** (*Simplified Disease Activity Index*) est un indice composite d'activité de la PR. Le calcul se fait selon la formule suivante :

SDAI = Nombre de synovites (sur 28)
+ Nombre d'articulations douloureuses à la pression (sur 28)
+ Appréciation globale de l'activité par le patient (EVA 0-10, en cm)
+ Appréciation globale de l'activité par le médecin (EVA 0-10, en cm)
+ CRP (mg/dl)

La rémission est définie par un score de SDAI ≤ 26

Un faible niveau d'activité est défini par un score de SDAI ≤ 11

Un niveau moyen d'activité est défini par un score de SDAI ≤ 26

Un fort niveau d'activité est défini par un score de SDAI > 26

Le **CDAI** (*Clinical Disease Activity Index*) est un indice composite d'activité de la PR. Le calcul se fait selon la formule suivante :

CDAI = Nombre de synovites (sur 28)
+ Nombre d'articulations douloureuses à la pression (sur 28)
+ Appréciation globale de l'activité par le patient (EVA 0-10, en cm)
+ Appréciation globale de l'activité par le médecin (EVA 0-10, en cm)

La rémission est définie par un score de CDAI $\leq 2,8$

Un faible niveau d'activité est défini par un score de CDAI ≤ 10

Un niveau moyen d'activité est défini par un score de CDAI > 10



Toutes les publications de la HAS sont téléchargeables sur
www.has-sante.fr