

## SYNTHESE DE RECOMMANDATIONS PROFESSIONNELLES

# Polyarthrite rhumatoïde (PR) : prise en charge en phase d'état (Septembre 2007)

## OBJECTIFS DES RECOMMANDATIONS :

- Avoir un impact sur la prise en charge quotidienne des patients atteints de PR et par conséquent, améliorer l'évolution de cette maladie, diminuer ses complications et ses comorbidités, notamment cardio-vasculaires.
- Homogénéiser et optimiser les prises en charge thérapeutiques de la PR en phase d'état.
- Inciter les praticiens à utiliser des outils de suivi à l'aide de mesures quantitatives et insister sur la nécessité d'un suivi rapproché du patient atteint de polyarthrite rhumatoïde en phase d'état.

## PROFESSIONNELS CONCERNÉS

Rhumatologues, médecins internistes, médecins généralistes, radiologues, kinésithérapeutes, ergothérapeutes, médecins de médecine physique et de réadaptation, spécialistes de la douleur, chirurgiens orthopédistes.

## PATIENTS CONCERNÉS

- Tout patient<sup>1</sup> adulte atteint de PR évoluant depuis plus d'un an ou de moins d'un an en échec d'un premier traitement de fond.

## OBJECTIFS DU TRAITEMENT DE FOND

- Un faible niveau d'activité de la maladie (par exemple un score de DAS 28 inférieur à 3,2)<sup>2</sup> stable dans le temps, et si possible une rémission clinique (tel un score de DAS 28 inférieur à 2,6) stable dans le temps.
- La prévention et le contrôle des lésions structurales (absence de progression des lésions radiologiques existantes ou absence de survenue de nouvelles lésions).
- Le contrôle de la douleur, l'amélioration ou la stabilisation du handicap fonctionnel, la limitation des conséquences psychosociales et la préservation de la qualité de vie du patient et de l'espérance de vie ;
- La limitation de l'effet délétère des traitements.

## CRITÈRES POUR CHANGER DE TRAITEMENT DE FOND

- La survenue d'événement(s) indésirable(s) ou intercurrent(s) jugé(s) incompatible(s) avec la poursuite du traitement en cas d'insuffisance d'efficacité clinique ou structurale.
- L'efficacité clinique doit se juger sur des critères d'activité :
  - des critères d'activité cliniques : (NAG, NAD) ; la durée de la raideur matinale ; le niveau global d'activité évalué par le patient (EVA) et le niveau global d'activité évalué par le médecin ;
  - des critères biologiques : (VS), protéine C réactive (CRP) ;
  - le calcul du DAS 28.

## CRITÈRES POUR ÉVALUER UNE INSUFFISANCE D'EFFICACITÉ CLINIQUE ET UNE INSUFFISANCE D'EFFICACITÉ STRUCTURALE

- **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 : DAS 28 > 5,1 et une variation du DAS 28 < 1,2, ou un DAS 28 < 5,1 et une variation du DAS 28 < 0,6.
- **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 chevilles non comptabilisée 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 2 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/j).
- **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.

<sup>1</sup> Pour les patients dont la polyarthrite évolue depuis moins d'un an et ne recevant pas de traitement de fond se reporter aux recommandations « Polyarthrite rhumatoïde : diagnostic et prise en charge initiale » HAS 2007.

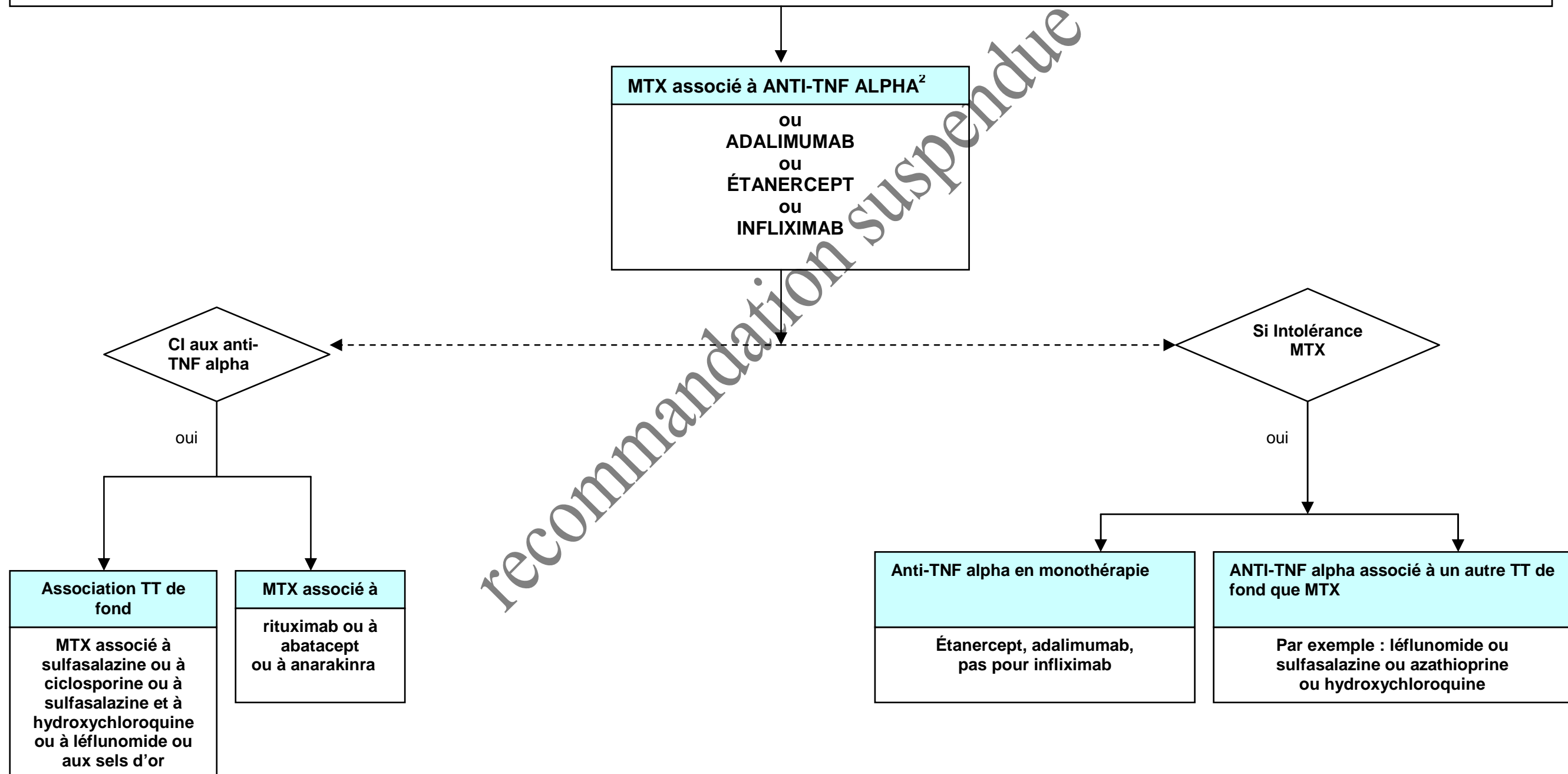
<sup>2</sup> Il existe d'autres outils de mesure validés de l'activité de la maladie tels que le SDAI et le CDAI.

**PROPOSITION DE STRATÉGIE THÉRAPEUTIQUE DE DEUXIÈME INTENTION :  
POUR UN PATIENT SOUS MÉTHOTREXATE, INSUFFISANT À DOSE MAXIMALE TOLÉRÉE PENDANT AU MOINS 3 MOIS**

LA PR EST ACTIVE, OU ÉVOLUTIVE,

- SOIT AVEC UN SCORE DE DAS 28 > 5,1
- SOIT AVEC UN SCORE DE DAS 28 > 3,2 ET UNE CORTICODÉPENDANCE<sup>1</sup>
- SOIT AVEC LA PRÉSENCE OU LA PROGRESSION DES LÉSIONS STRUCTURALES À L'IMAGERIE

PRESCRIRE EN FONCTION DU NIVEAU D'ACTIVITÉ DE LA PR, AGE, COMORBIDITÉS, SOUHAIT DU PATIENT

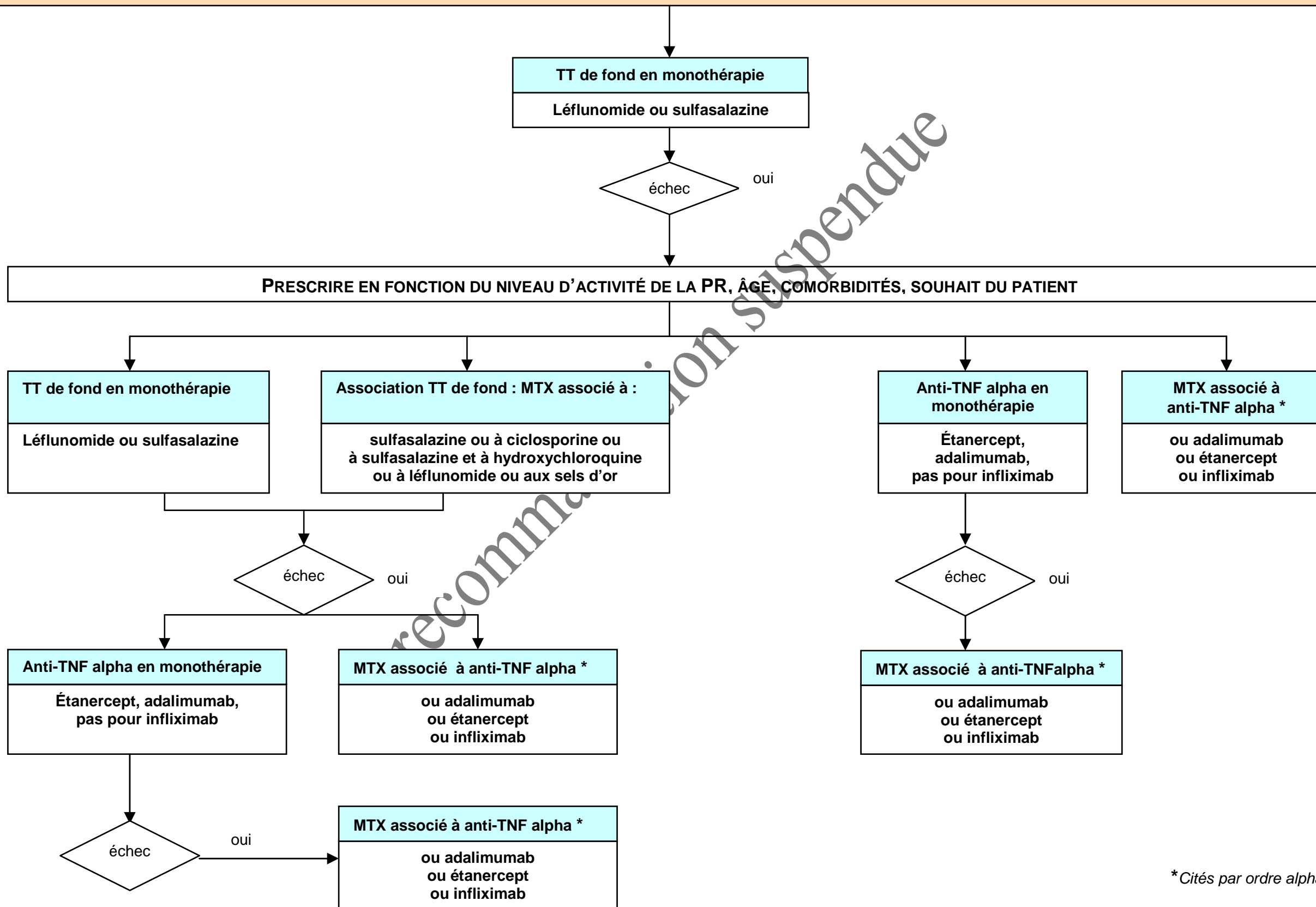


<sup>1</sup>Définition proposée pour la corticodépendance : la corticodépendance peut être définie comme une impossibilité de diminuer la posologie sans réactivation de la maladie sous un seuil de 0,1 à 0,15 mg/kg/j

<sup>2</sup>Cités par ordre alphabétique

**PROPOSITION DE STRATÉGIE THÉRAPEUTIQUE DE DEUXIEME INTENTION :  
POUR UN PATIENT SOUS MÉTHOTREXATE, INSUFFISANT A DOSE MAXIMALE TOLÉRÉE PENDANT AU MOINS 3 MOIS**

**PR ACTIVE PEU EVOLUTIVE AVEC UN SCORE DE DAS 28 ENTRE 3,2 ET 5,1 ET SANS SIGNE DE PROGRESSION RADIOLOGIQUE STRUCTURALE,  
NI DE CORTICODEPENDANCE**



\* Cités par ordre alphabétique

**PROPOSITION DE STRATÉGIE THÉRAPEUTIQUE DE DEUXIEME INTENTION :  
POUR UN PATIENT SOUS LÉFLUNOMIDE OU SULFASALAZINE, INSUFFISANT A DOSE MAXIMALE TOLÉRÉE PENDANT AU MOINS 3 MOIS**

**PRESCRIRE EN FONCTION DU NIVEAU D'ACTIVITE DE LA PR, AGE, COMORBIDITES, SOUHAI T DU PATIENT**

**PR ACTIVE PEU ÉVOLUTIVE  
AVEC UN SCORE DE DAS 28 ENTRE 3,2 ET 5,1 ET SANS SIGNE DE  
PROGRESSION RADIOLOGIQUE STRUCTURALE NI DE  
CORTICODÉPENDANCE**

**LA PR EST ACTIVE, OU ÉVOLUTIVE,**

- SOIT AVEC UN SCORE DE DAS 28 > 5,1
- SOIT AVEC UN SCORE DE DAS 28 > 3,2 ET UNE CORTICODÉPENDANCE
- SOIT AVEC LA PRESENCE OU LA PROGRESSION DES LÉSIONS STRUCTURALES À L'IMAGERIE

**MÉTHOTREXATE (MTX) A LA DOSE EFFICACE TOLÉRÉE  
INSUFFISANTE PENDANT AU MOINS 3 MOIS,  
SE REPORTER AUX PAGES PRECEDENTES**

**MTX ASSOCIÉ A ANTI-TNF ALPHA,  
SE RÉFÉRER A LA PAGE 2**

**Intolérance au  
MTX**

oui

**TT de fond en  
monothérapie**

**Léflunomide ou  
sulfasalazine**

**Anti-TNF alpha en  
monothérapie**

**Étanercept, adalimumab,  
pas pour infliximab**

**Anti-TNF alpha associé à un autre TT de  
fond que MTX**

**Par exemple : léflunomide ou sulfasalazine  
ou azathioprine ou hydroxychloroquine**

**Intolérance au  
MTX**

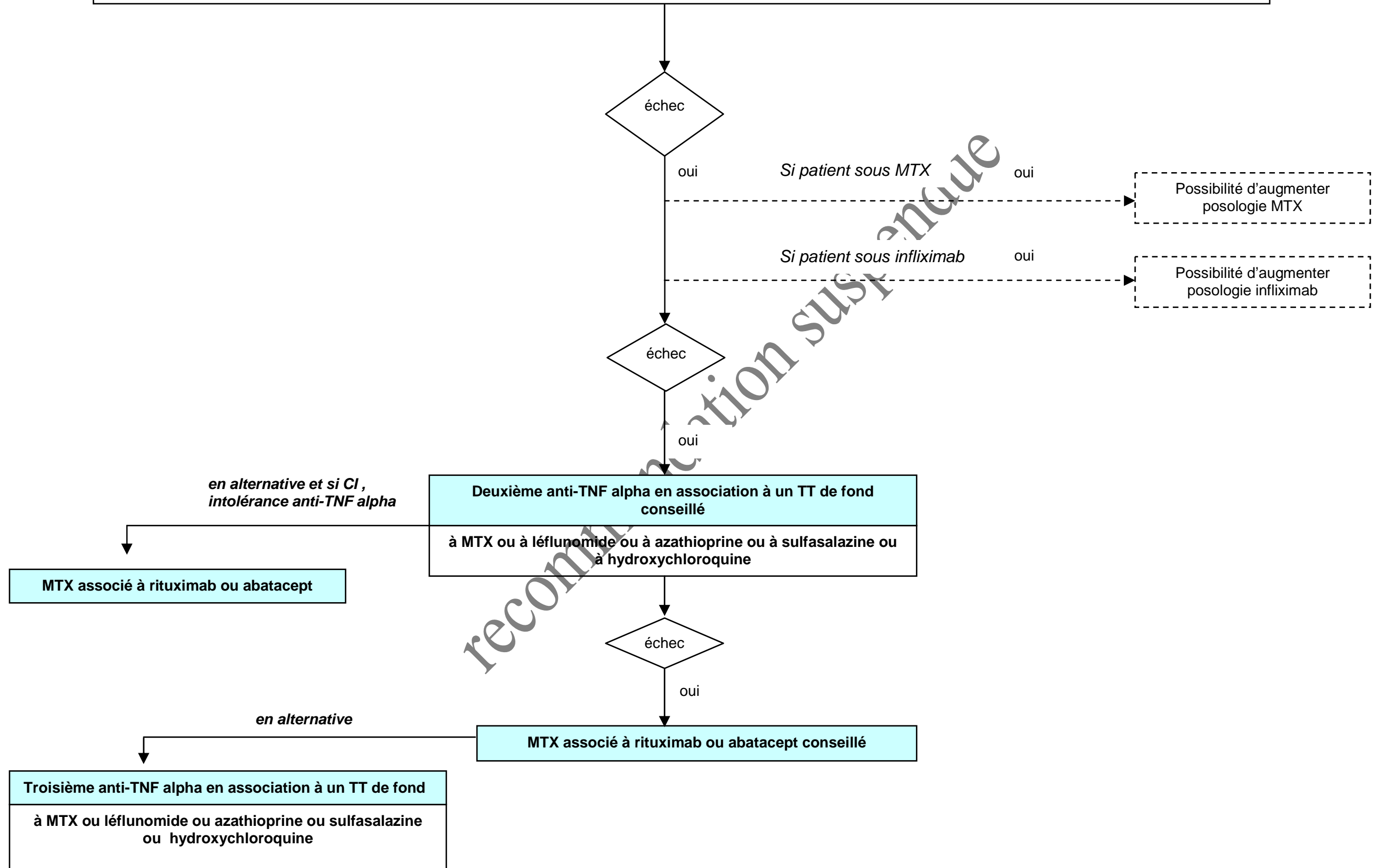
oui

**Anti-TNF alpha en  
monothérapie**

**Anti-TNF alpha  
associé à un autre  
TT de fond que  
MTX**

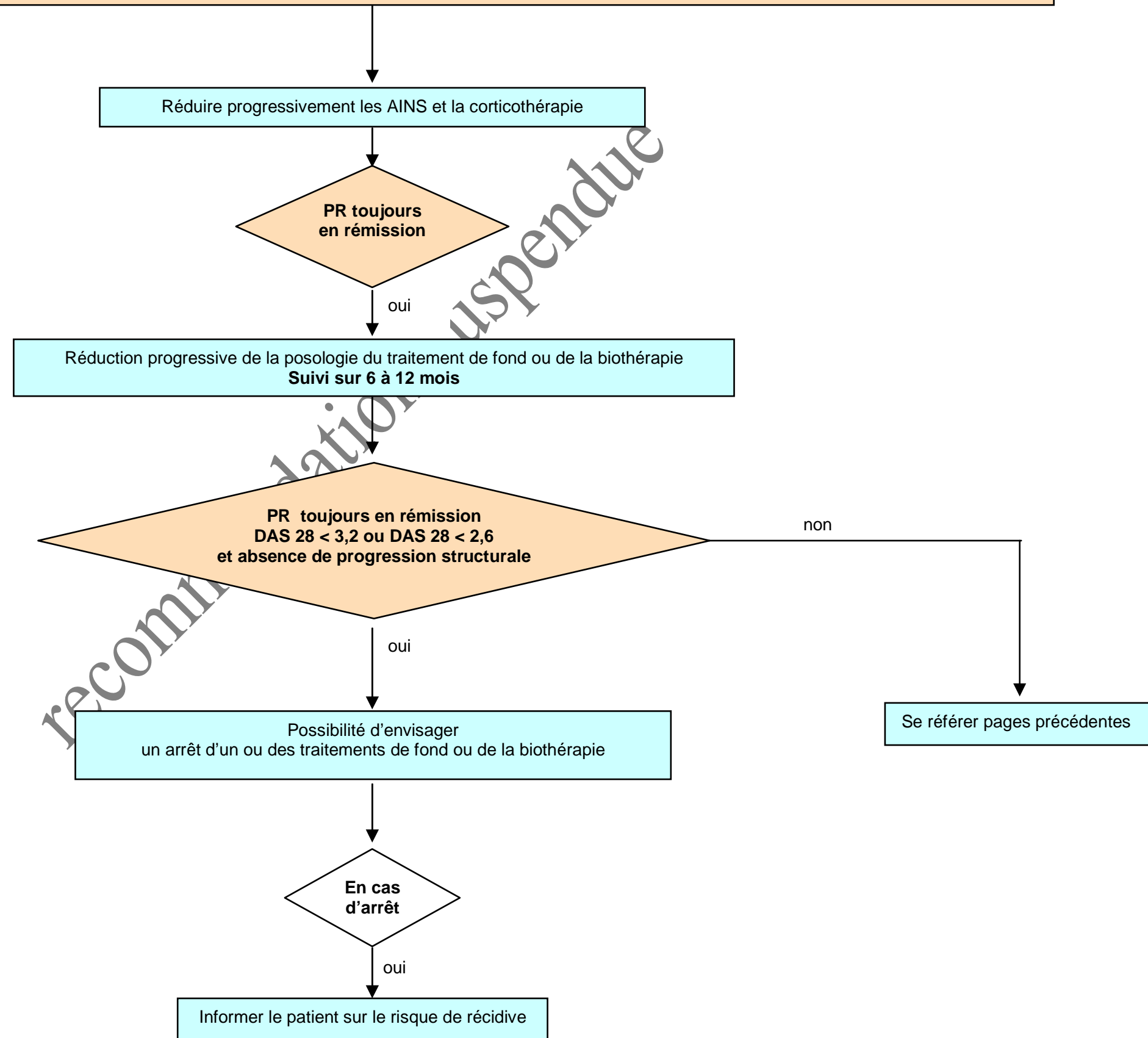
**PROPOSITION DE STRATÉGIE THÉRAPEUTIQUE DE DEUXIEME INTENTION :  
PATIENT EN ÉCHEC THERAPEUTIQUE SOUS ANTI-TNF ALPHA EN ASSOCIATION À UN TRAITEMENT DE FOND (MTX OU AUTRE)**

PRESCRIRE EN FONCTION DU NIVEAU D'ACTIVITÉ DE LA PR, ÂGE, COMORBIDITÉS, SOUHAIIT DU PATIENT



## PROPOSITION DE STRATÉGIE THÉRAPEUTIQUE DE DEUXIEME INTENTION : PR AVEC UN FAIBLE NIVEAU D'ACTIVITÉ

PATIENT AVEC UNE PR DE FAIBLE NIVEAU D'ACTIVITE, EN REMISSION, DAS 28 < 3,2 OU DAS 28 < 2,6 ET UNE ABSENCE DE PROGRESSION STRUCTURALE



### Corticoïdes

- Une corticothérapie à demi-vie courte par voie orale telle que la prednisone 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.
- Si la corticothérapie générale est retenue pour le traitement des symptômes articulaires inflammatoires, dans l'attente de l'effet du traitement de fond, la durée de la corticothérapie doit être de 2 à 6 mois au maximum.
- En cas de cortico dépendance 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/j d'équivalent prednisone il est fortement recommandé d'envisager une modification du traitement de fond pour permettre la réduction de cette corticothérapie.

### Le suivi de la PR

- Il est recommandé de recueillir les éléments suivants pour évaluer l'activité de la maladie :
  - le nombre d'articulations gonflées (NAG), le nombre d'articulations douloureuses (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 : vitesse de sédimentation (VS), protéine C réactive (CRP) ;
  - le calcul du DAS 28<sup>3</sup>.
- Il est recommandé de rechercher régulièrement des manifestations extra-articulaires (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.
- La progression radiologique dans la polyarthrite rhumatoïde en phase d'état doit être évaluée sur des radiographies des mains-poignets de face et pieds de face et d'autres localisations, en fonction de la clinique, en grandeur normale (1/1), 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.
- Le retentissement fonctionnel de la PR doit être régulièrement évalué au moins une fois par an soit d'une manière globale par le médecin à l'interrogatoire soit en utilisant des indices tels que le score HAQ.
- 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) (grade B).

### 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 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'étanercept et l'adalimumab, lors de chaque perfusion pour l'infliximab.

L'objectif thérapeutique est la réponse EULAR<sup>4</sup>. 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.

HAS

Ce document présente les points essentiels des recommandations professionnelles « Polyarthrite rhumatoïde : prise en charge en phase d'état »

Les recommandations et l'argumentaire scientifique sont consultables dans leur intégralité sur [www.has-sante.fr](http://www.has-sante.fr)

© Haute Autorité de santé – Septembre 2007

<sup>3</sup> Il existe d'autres outils (SCAI et CDAI), voir annexe 2 des recommandations

<sup>4</sup> Se référer à l'annexe 2 des recommandations