

Recommandations

[Recommandations de l' EULAR](#)
[Message de l'AFSSAPS](#)
[Lettre du président de l'AFSSAPS](#)


>> Recommandations de l'EULAR pour la prise en charge des arthrites débutantes :

Les objectifs du groupe de travail¹ chargé de l'élaboration de ces recommandations étaient les suivants :

- établir un outil permettant d'homogénéiser les pratiques de prise en charge des arthrites débutantes en Europe ;
- guider les rhumatologues et les médecins généralistes ;
- servir de référence pour les autorités de santé ;
- améliorer la prise en charge des patients.

¹ Comité de coordination : B. Combe, R. Landewe, H.D. Bolosiu, F. Breedveld, M. Dougados, P. Emery, G. Ferraccioli, J.M.W. Hazes, L. Klareskog, K. Machold, E. Martin-Mola, H. Nielsen, A. Silman, J. Smolen, H. Yazici, C. Lukas.

I. Méthodologie

Le groupe de travail a réalisé une analyse fondée sur les preuves scientifiques disponibles et sur l'opinion d'un groupe d'experts de 14 rhumatologues représentant 10 pays européens. L'objectif précis du processus a d'abord été établi : les arthrites indifférenciées récentes ayant un risque à évoluer vers des arthrites persistantes et érosives (polyarthrites rhumatoïdes). La cible de ces recommandations sont les médecins généralistes et les rhumatologues. Quinze questions furent sélectionnées (par la méthode Delphi), à partir desquelles, une analyse systématique de la littérature a été réalisée (PubMed, Medline, Embase, CINAHL et Cochrane). Après l'élaboration d'un groupe de recommandations préliminaires sur la base de ces questions et des résultats de la littérature, une reformulation obtenue après discussion et vote, a abouti à la série des 12 recommandations finales.

II. Rappel des niveaux de preuve et des forces de recommandations

Niveaux de preuve :

I a = preuves obtenues d'une méta-analyse ou de plusieurs essais cliniques randomisés.

I b = preuves obtenues d'au moins un essai clinique randomisé

II a = preuves obtenues d'au moins un essai clinique contrôlé sans randomisation.

II b = preuves obtenues d'au moins un essai clinique quasi expérimental

III = preuves obtenues d'études de cohorte ou de séries cas-témoins (de préférence dans plus d'un centre)

IV = preuves fondées sur l'opinion d'experts, à partir de l'expérience clinique, d'études descriptives ou de rapports de comités d'experts.

Force des recommandations :

A = directement basé sur le niveau de preuve I

B = directement basé sur le niveau de preuve II ou extrapolé du niveau I

C = directement basé sur le niveau de preuve III ou extrapolé des niveaux I ou II

D = directement basé sur le niveau de preuve IV ou extrapolé des niveaux II ou III

III. Libellé des 12 recommandations

1. Une arthrite est caractérisée par la présence d'un gonflement articulaire associé à une douleur ou une raideur. Les patients présentant une arthrite de plus d'une articulation devraient être adressés à un rhumatologue idéalement dans les 6 semaines après le début des symptômes.

35 articles (II b) – C

2. L'examen clinique est la méthode de choix pour détecter les synovites. En cas de doute, l'échographie, le doppler couleur et l'IRM pourraient être utiles pour détecter les synovites.

30 articles (II b) – C

3. L'exclusion d'autres maladies que la polyarthrite rhumatoïde nécessite un interrogatoire et un examen clinique précis et doit inclure au moins les examens biologiques suivants : hémogramme complet, analyse d'urine, transaminases, anticorps anti-nucléaires.

D

4. Chez tout patient se présentant avec une arthrite débutante chez le rhumatologue, les facteurs prédictifs d'une maladie persistante et érosive suivants devraient être mesurés : Nombre d'Articulations Gonflées, Nombre d'Articulations Douloureuses, VS ou CRP, facteur rhumatoïde, anticorps anti-CCP et érosions radiographiques.

45 articles (III) – C

5. Les patients à risque de développer une arthrite persistante et/ou érosive devraient recevoir un traitement de fond aussi précocement que possible, même s'ils ne remplissent pas encore les critères de classification d'un rhumatisme défini.

27 articles (I a) – A

6. L'information du patient sur la maladie, son traitement et son évolution est importante. Les programmes d'éducation visant à enseigner, à faire face à la douleur, au handicap et au maintien de l'activité professionnelle peuvent être utilisés en intervention complémentaire.

26 articles (I a / I b) – B

7. Les AINS doivent être envisagés chez les patients symptomatiques après évaluation de l'état gastro-intestinal, rénal et cardiovasculaire.

11 articles (I a) – B

8. Les glucocorticoïdes par voie générale réduisent la douleur et le gonflement et doivent être considérés comme un traitement complémentaire (surtout temporaire) dans le cadre du traitement de fond. Les injections intra-articulaires de glucocorticoïdes doivent être envisagées pour le soulagement des symptômes inflammatoires locaux.

21 articles (I a) – A

9. Parmi les traitements de fond, le méthotrexate est considéré comme la "pierre angulaire" et doit être utilisé en premier chez les patients à risque de développer une arthrite persistante.

24 articles (I a) – A

10. L'objectif principal du traitement de fond est d'obtenir la rémission. Le suivi régulier de l'activité de la maladie et des effets indésirables doit guider les décisions de choix et d'adaptation des stratégies thérapeutiques (traitements de fond y compris les biothérapies).

22 articles (I b) – B

11. Les interventions non pharmacologiques, comme la balnéothérapie, l'ergothérapie et les exercices dynamiques peuvent être utilisées en complément des traitements pharmacologiques chez les patients atteintes d'arthrite débutante.

32 articles (I a) – B

12. La surveillance de l'activité de la maladie doit inclure le compte des articulations douloureuses et gonflées, l'évaluation globale du patient et du médecin, la VS et la CRP. L'activité des arthrites doit être évaluée tous les 1 à 3 mois tant que la rémission n'a pas été obtenue. Les lésions structurales doivent être évaluées par radiographies tous les 6 à 12 mois pendant les premières années. L'évaluation fonctionnelle (telle le HAQ) peut être utilisée en complément de la surveillance de l'activité de la maladie et des dommages structuraux.

11 articles (I a) – A

B. Combe, R. Landewe, C. Lukas et al EULAR RECOMMENDATIONS FOR THE MANAGEMENT OF EARLY ARTHRITIS, Annals of the Rheumatic Diseases (in press)

[remonter](#) 