



« La rémission dans la polyarthrite rhumatoïde »

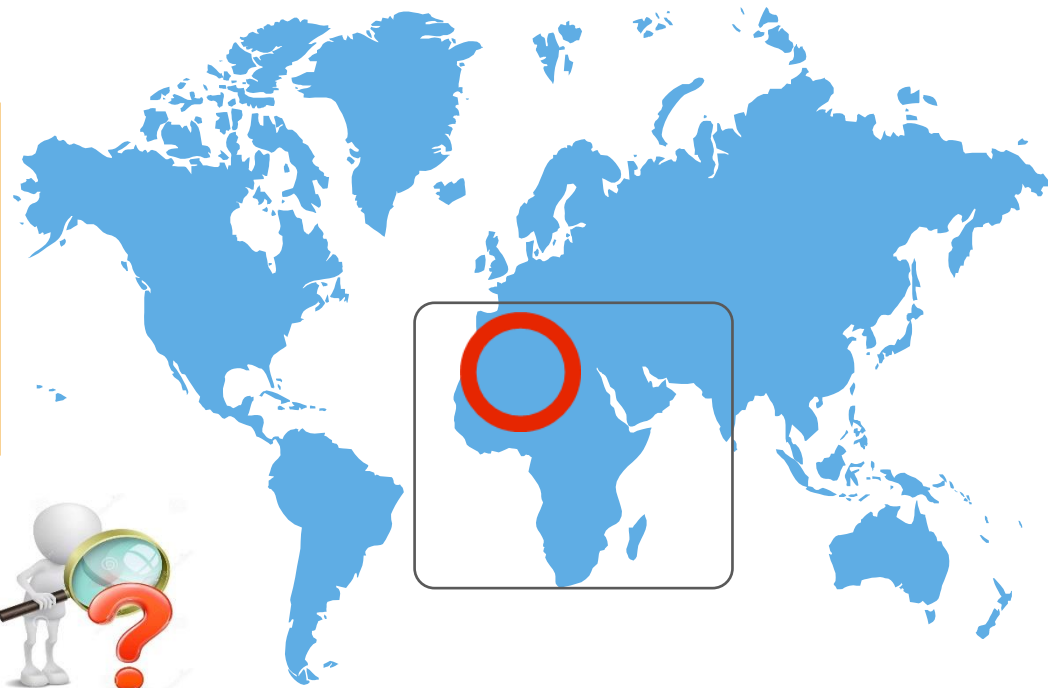
*Pr C. Dahou Makhloufi
Centre hospitalo-universitaire
Mohamed Lamine Debaghine
Bab El Oued, Alger*



Prévalence de la PR



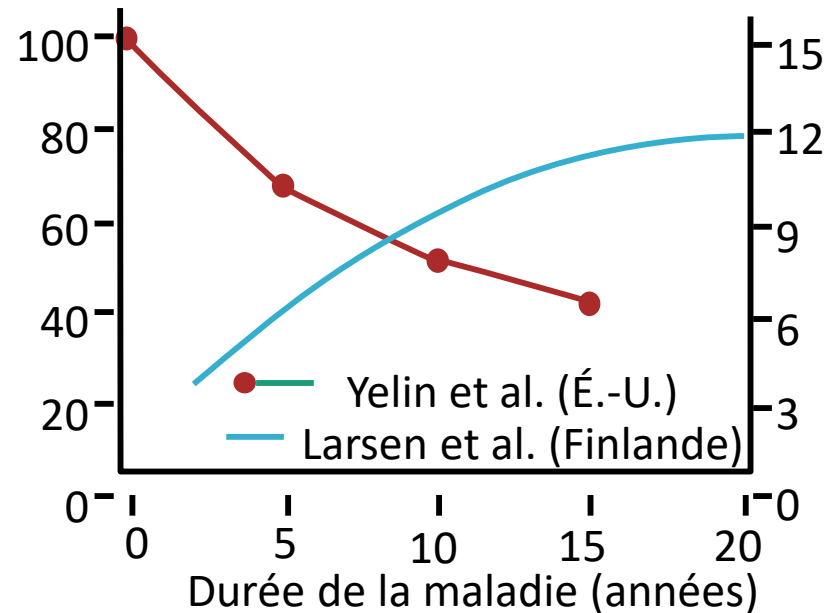
- **Afrique « 1975-2014 » : 0,13% - 2,5%**
- **Europe et Amérique du nord : 0,5 à 1,0% ,France : 0,31 %**



Risque d'incapacité professionnelle et progression de la maladie chez les patients atteints de PR

Nombre d'articulations lésées

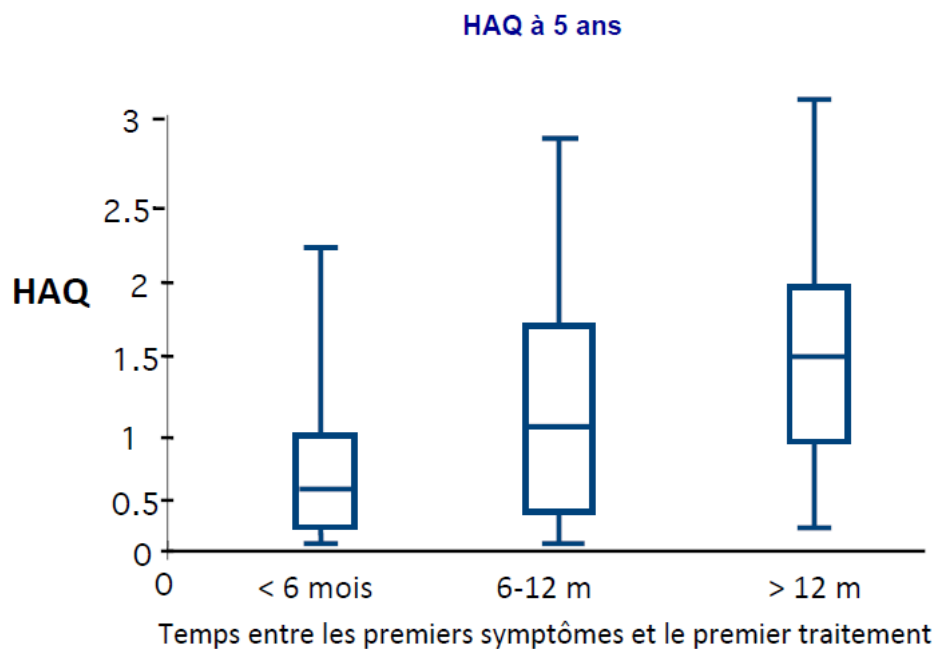
Pourcentage capable de travailler



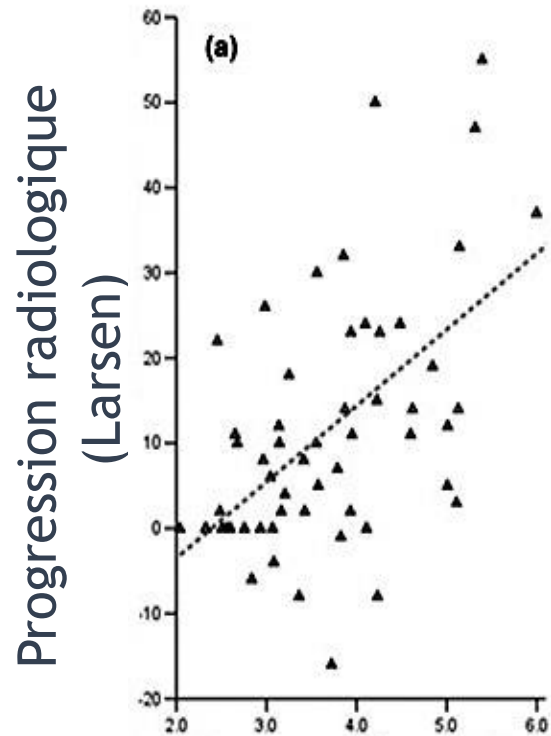
- ▶ Des études ont montré que 20 à 30% des patients atteints de PR ne peuvent plus travailler 2 à 3 ans après l'apparition de la maladie, et que 40% arrêtent de travailler 5 à 10 ans après.
- ▶ Une intervention thérapeutique précoce est nécessaire pour arrêter les lésions articulaires irréversibles et l'incapacité

Nécessité d'une prise en charge précoce

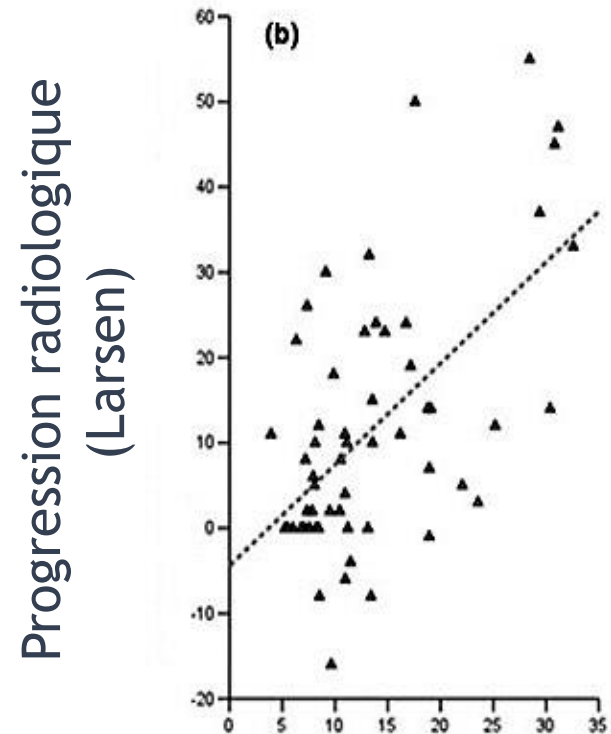
Nécessité d'une intervention précoce



La progression radiologique est corrélée à l'activité de la maladie

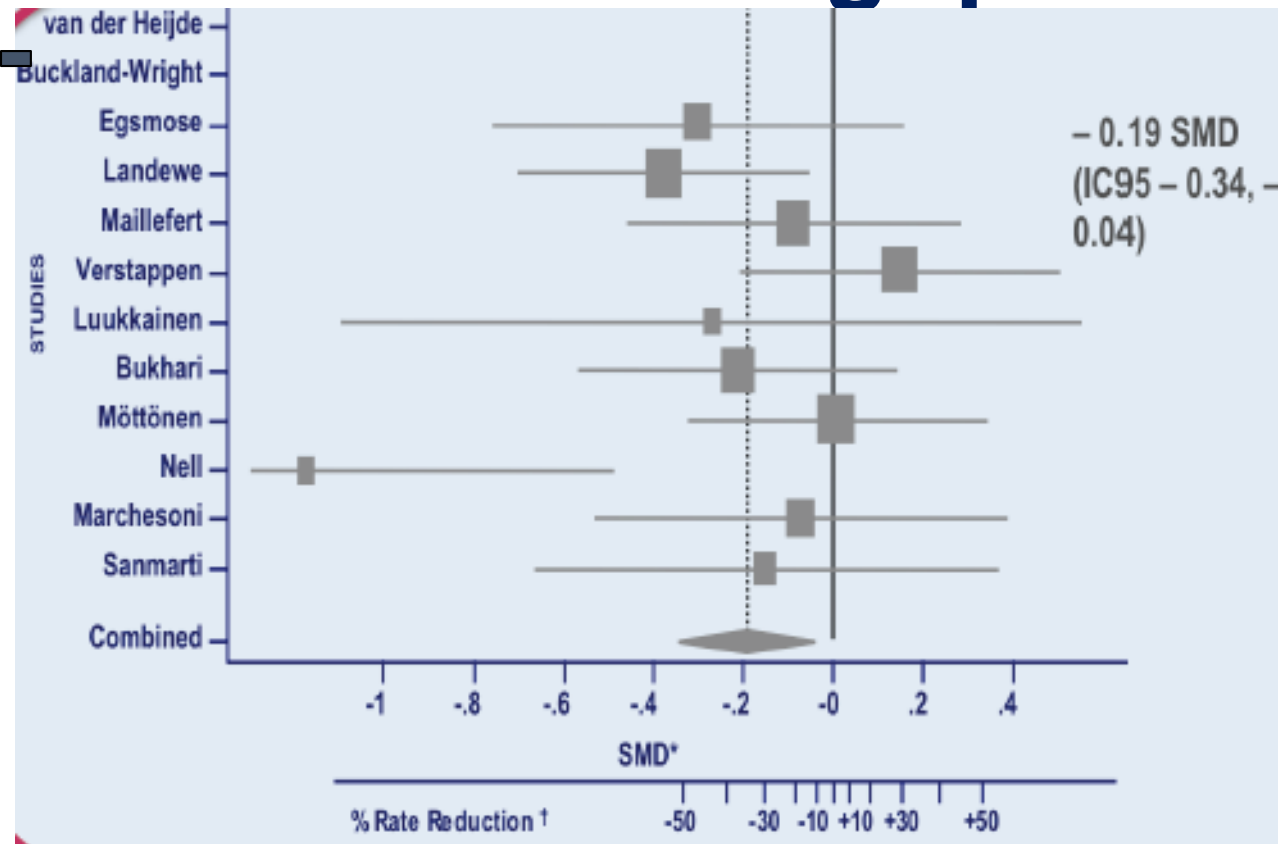


Activité de la maladie (DAS28)



Activité de la maladie (SDAI)

Précocité du TRT et progression radiologique



Finckh A et al.
Arthritis Rheum
2006.

Méta-analyse : 12 études, PR récentes de moins de 2 ans, initiation précoce/ retardée.
1133, différence de délai : 9 mois, 3 ans de suivi.
Réduction du taux annuel de progression de 33% si TRT précoce (IC : - 50, -16)

Sustained Beneficial Effects of a Protocolized Treat-to-Target Strategy in Very Early Rheumatoid Arthritis: Three-Year Results of the Dutch Rheumatoid Arthritis Monitoring Remission Induction Cohort

M. VERMEER,¹ H. H. KUPER,² H. J. BERNELOT MOENS,³ K. W. DROU
A. E. VAN DER BIJL,⁴ P. L. C. M. VAN RIEL,⁵ AND M. A. F. J. VAN DE LAAR

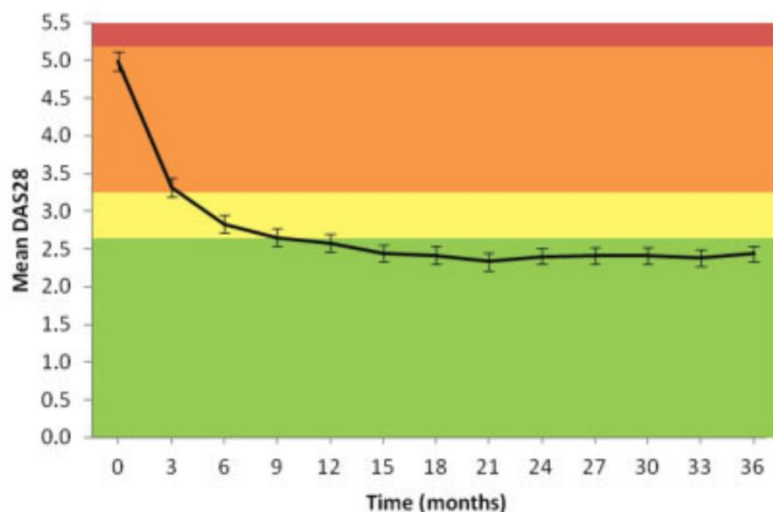


Figure 1. The mean (SEM) of the Disease Activity Score in 28 joints (DAS28) over 3 years of followup. Background coloring shows the levels of disease activity: green = remission ($\text{DAS28} < 2.6$); yellow = low ($2.6 \leq \text{DAS28} \leq 3.2$); orange = moderate ($3.2 < \text{DAS28} \leq 5.1$); red = high ($\text{DAS28} > 5.1$).

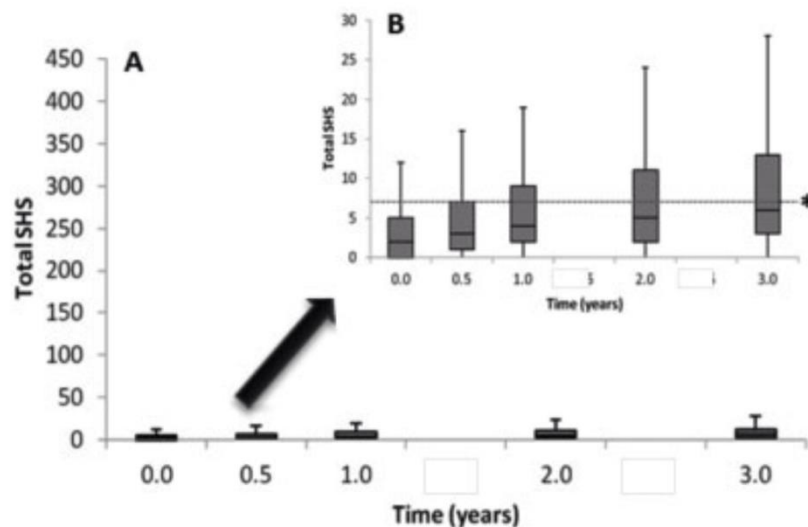


Figure 3. Box plots of the Sharp/van der Heijde score (SHS) over 3 years of followup **A**, shown on the full range of the score (0–448), and **B**, zoomed into the range of the observed scores. * = the dotted line (SHS 7) shows the clinically important difference in SHS (i.e., 5) from the baseline median SHS score (i.e., 2).



REVIEW

Challenges and opportunities in the early diagnosis and optimal management of rheumatoid arthritis in Africa and the Middle East

Hussein HALABI,¹ Abdurhman ALARFAJ,² Khaldoon ALAWNEH,³ Soliman ALBALLA,² Khalid ALSAEID,⁴ Humeira BADSHA,⁵ Romela BENITHA,⁶ Elyes BOUAIJINA,⁷ Samar Al EMADI,⁸ Ayman El GARF,⁹ Khaled El HADIDI,¹⁰ Ahmed LAATAR,¹¹ Chafia D. MAKHLOUFI,¹² Abdel F. MASRI,¹³ Jeanine MENASSA,^{14,15} Ahmed Al SHAIKH,¹ Ramiz Al SWAILEM^{14,15} and Maxime DOUGADOS¹⁶

American College of Rheumatology Guideline for the Treatment of Rheumatoid Arthritis

R. A. SINGH,¹ KENNETH G. SAAG,¹ S. LOUIS BRIDGES JR.,¹ ELIE A. AKL,² HARA R. BANNURU,³ MATTHEW C. SULLIVAN,³ ELIZAVETA VAYSBROT,³ E. MCNAUGHTON,³ MIKALA OSANI,³ ROBERT H. SHMERLING,⁴ JEFFREY R. CURTIS,¹ FURST,⁵ DEBORAH PARKS,⁶ ARTHUR KAVANAUGH,⁷ JAMES O'DELL,⁸ CHARLES KING NG,¹⁰ ERIC L. MATTESON,¹¹ JOHN T. SCHOUSBOE,¹² BARBARA DREVLLOW,¹³ BERG,¹⁴ JAMES GROBER,¹³ E. WILLIAM ST. CLAIR,¹⁵ ELIZABETH TINDALL,¹⁶ MILLER,¹⁷ AND TIMOTHY MCALINDON³

DOI: 10.1111/1756-185X.13513

APLAR RECOMMENDATION

WILEY International Journal of
Rheumatic Diseases

2018 update of the APLAR recommendations for treatment of rheumatoid arthritis

Chak Sing Lau¹ | Faith Chia² | Leonila Dans^{3,4} | Andrew Harrison⁵ |
Tsu Yi Hsieh⁶ | Rahul Jain⁷ | Seung Min Jung⁸ | Mitsumasa Kishimoto⁹ |
Ashok Kumar¹⁰ | Khai Pang Leong² | Zhanguo Li¹¹ | Juan Javier Lichauco¹² |
Worawit Louthrenoo¹³ | Shue Fen Luo¹⁴ | Rong Mu¹¹ | Peter Nash¹⁵ |
Chin Teck Ng^{16,17} | Bagus Suryana¹⁸ | Linda Kurniaty Wijaya¹⁹ | Swan Sim Yeap²⁰

EULAR recommendations for the management of rheumatoid arthritis with synthetic and biological disease-modifying antirheumatic drugs: 2019 update

Smolen JS, et al. *Ann Rheum Dis* 2020;**0**:1–15. doi:10.1136/annrheumdis-2019-216655

Revue du rhumatisme 86 (2019) 8–24



Disponible en ligne sur
ScienceDirect
www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France
EM|consulte
www.em-consulte.com



Article original

Actualisation des Recommandations de la Société française de rhumatologie pour la prise en charge de la polyarthrite rhumatoïde[☆]

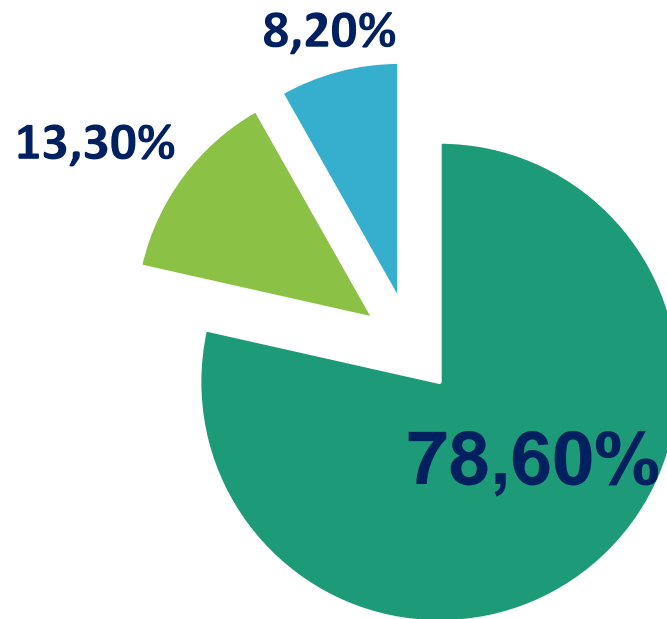


Claire Daien^{a,b,1,*}, Charlotte Hua^{c,d,1}, Cécile Gaujoux-Viala^{c,d}, Alain Cantagrel^{e,f},
 Madeleine Dukremetz^g, Maxime Douvredachil^h, Bruce Feutrelⁱ, Xavier Mariette^{m,n}

Recommandation 3

L'objectif du traitement est d'atteindre et de maintenir la rémission clinique ou au minimum la faible activité. La rémission clinique est définie par l'absence de signes et symptômes d'activité inflammatoire significative.

Modalités de prise en charge thérapeutique de la polyarthrite rhumatoïde débutante



■ Rémission ■ LDA ■ Autre

Enquête Algérienne SAR 2014

Définition de la rémission



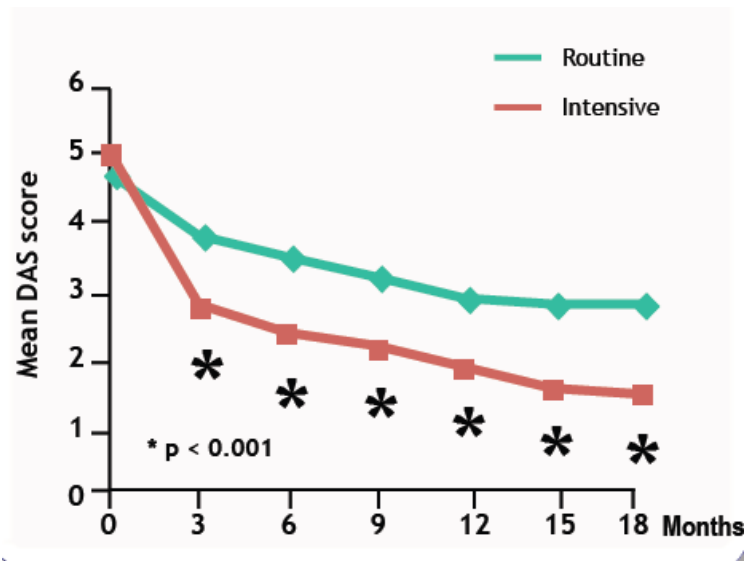
Absence de signes et symptômes d'activité inflammatoire significative, incluant les données de l'interrogatoire, de l'examen clinique et la biologie.

Mesurée sur des critères composites validés, incluant les indices articulaires.

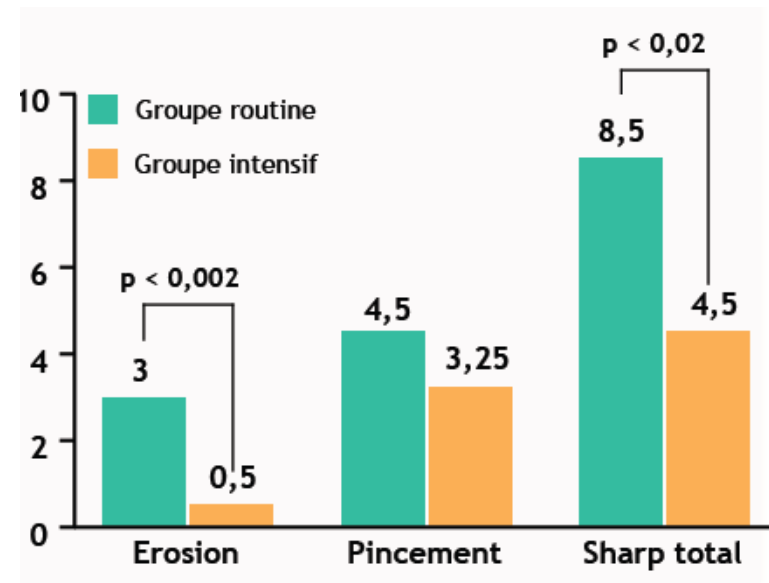
TICORA Stratégie intensive

Efficacité clinique et structurale

Score DAS



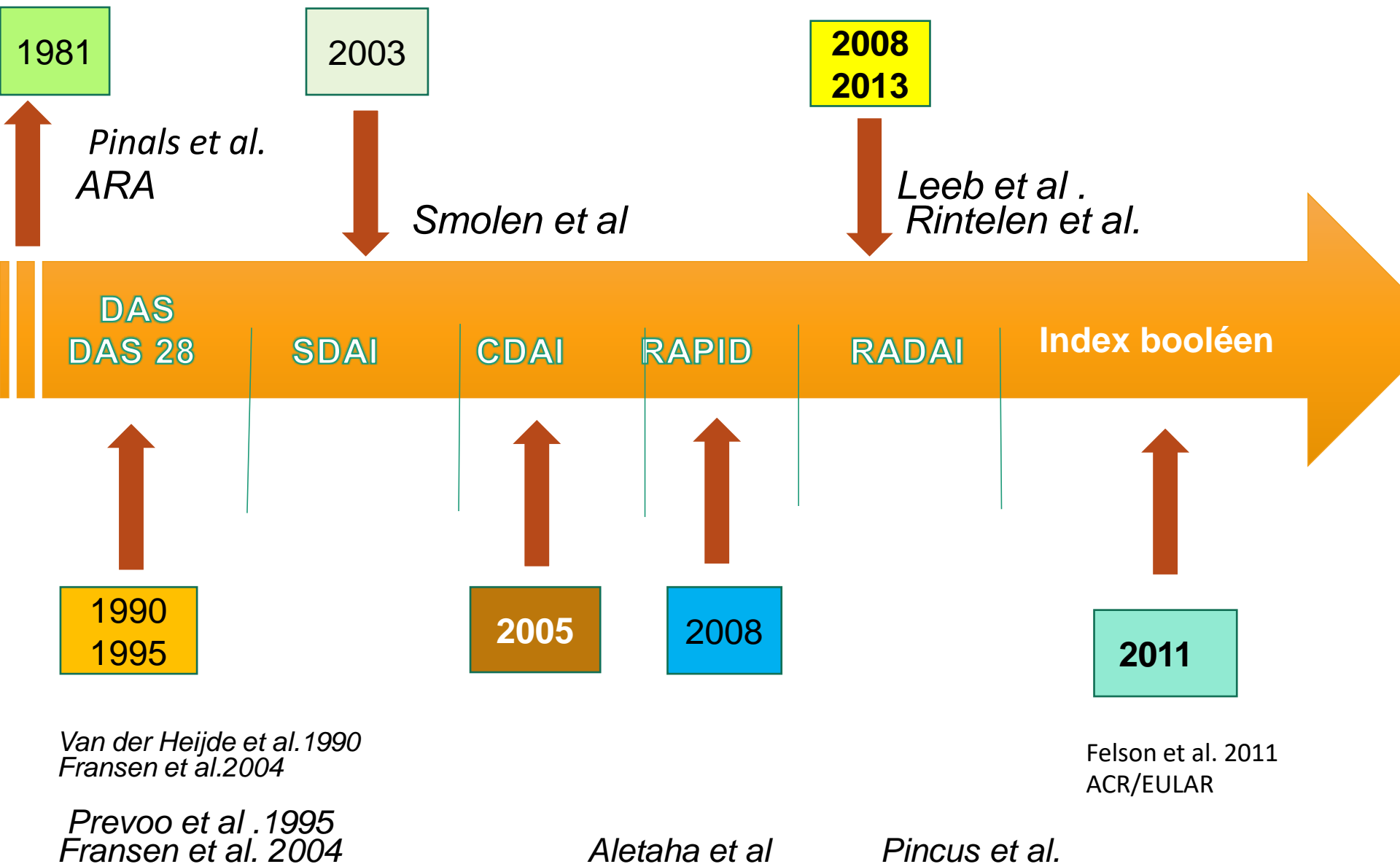
Score de Sharp



Efficacité clinique et structurale à 18 mois. 111 PR récentes et actives.
Randomisation en 2 groupes

Grigor C et al. Lancet 2004
TICORA (Tight Control in RA)

Différents scores d'évaluation de l'activité de la PR



Rémission

Les critères de PINALS (ACR) :

- Raideur matinale ≤ 15 minutes;
- Absence de fatigue;
- Absence de douleur articulaire (anamnèse);
- Absence de douleur à la pression ou au mouvement;
- Absence de synovite ou ténosynovite
 - VS < 30 mm/H (F) ou < 20 mm/H (H)

Rémission si ≥ 5 critères depuis au moins 2 mois consécutifs

Différents scores d'évaluation de l'activité de la PR

	DAS 44	DAS 28	SDAI	CDAI
NAD	Indice articulaire de Ritchie (0-78)	0- 28	0-28	0- 28
NAG	0-44	0- 28	0- 28	0- 28
EVA activité globale patient	0-10	0-10	0-10	0-10
EVA activité globale médecin			0-10	0-10
Biologie	VS	VS ou CRP	CRP	

1. Différentes définitions de la rémission

DAS 44	DAS 28	CDAI	SDAI	Booléenne
DAS44 < 1,6	DAS 28 < 2,6	CDAI ≤ 2,8	SDAI ≤ 3,3	≤ 1 AG +
				≤ 1 AD +
				≤ 1 mg/dl de CRP +
				≤ 1/10 sur EVA globale du patient

La rémission ACR/EULAR 2011 correspond à la rémission SDAI et/ou à la rémission booléenne.

Corrélation entre DAS 28 et ACR/EULAR 2011

Evaluation des critères ACR / EULAR 2011 dans une cohorte de PR établies : **N = 4 264**

Rémission

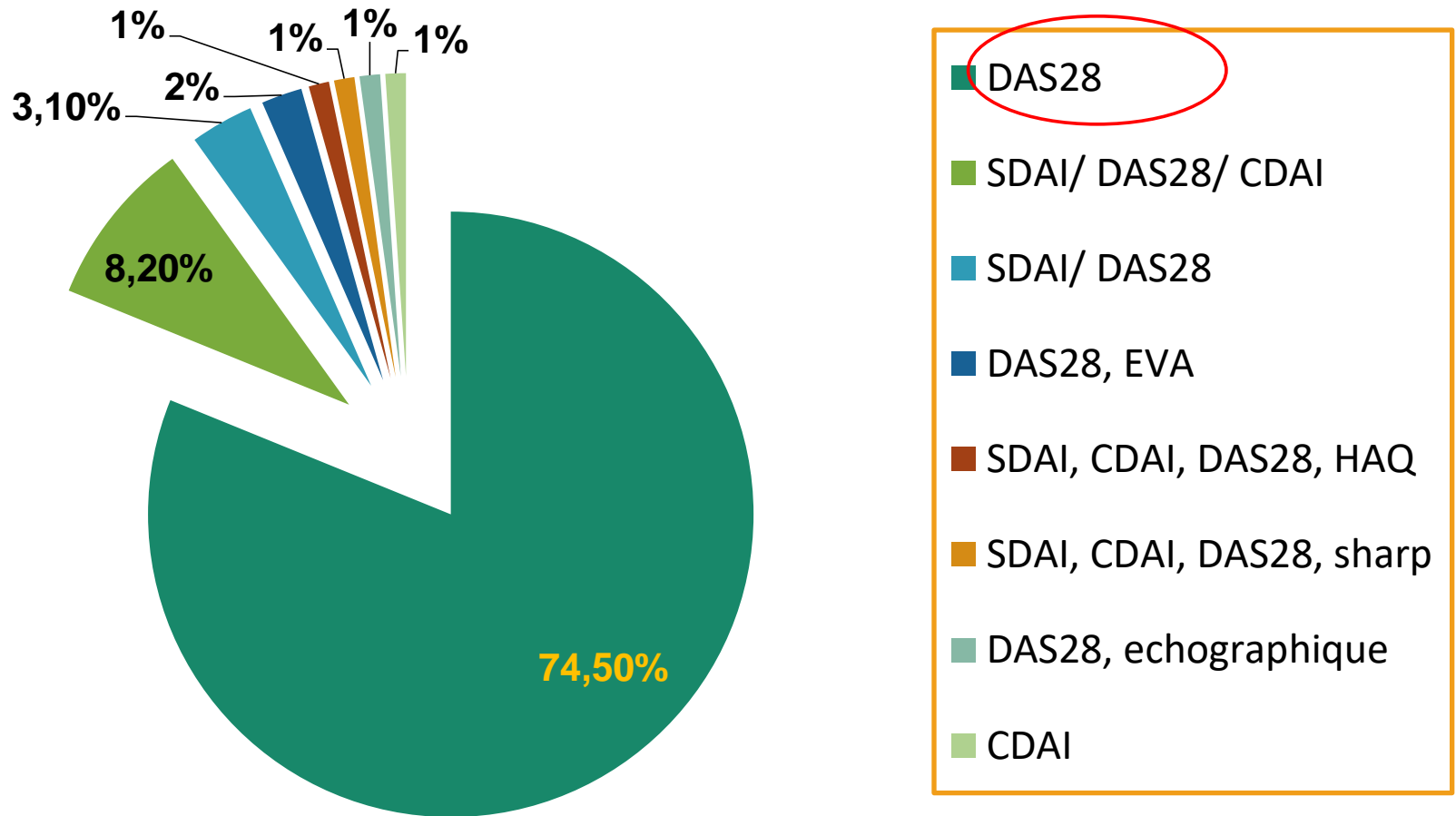
DAS28	31,4 %
SDAI	12,2 %
ACR/EULAR 2011	6,6 %

Corrélation « modeste » entre les 3 définitions :

Kappa = 0,6 entre SDAI et DAS28

Kappa = 0,22 entre ACR/EULAR et DAS28

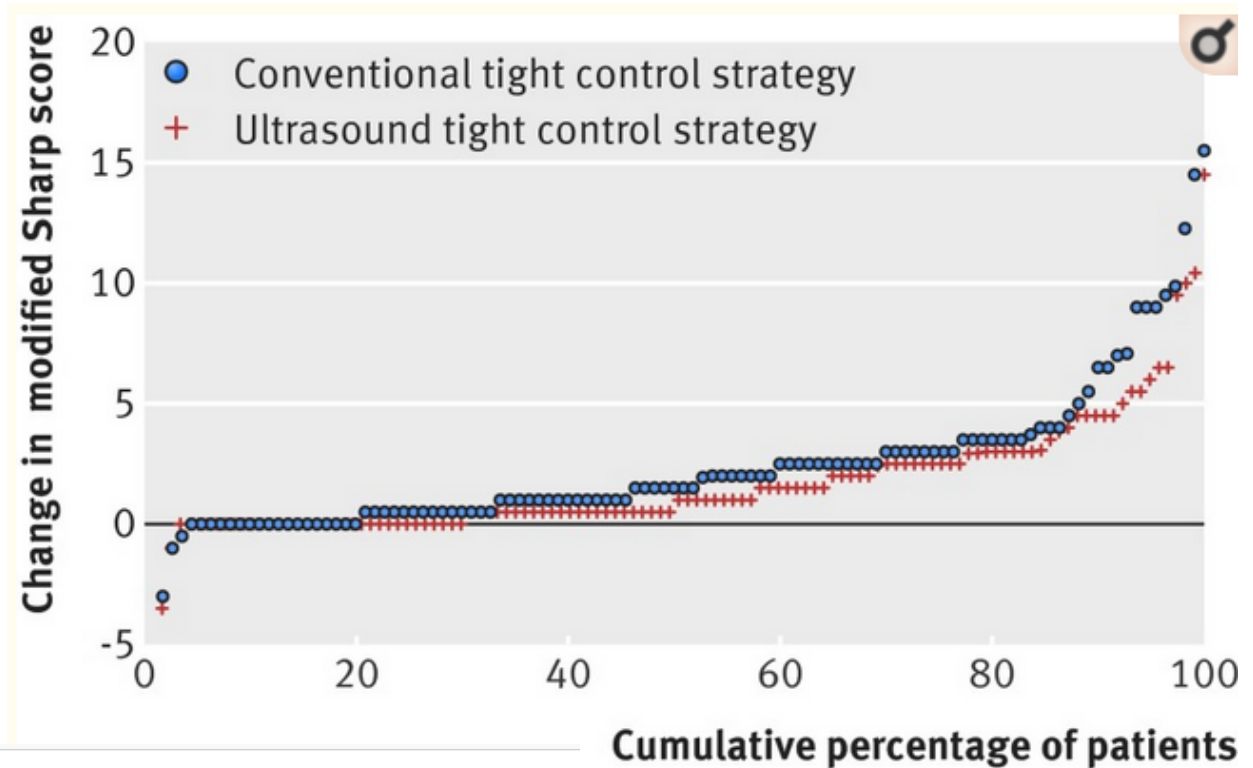
Enquête nationale algérienne: indices utilisés



Quel est l'apport d'une stratégie de TRT basée sur une évaluation échographique / une stratégie conventionnelle ?

Ultrasound in management of rheumatoid arthritis: ARCTIC randomised controlled strategy trial

Espen A Haavardsholm¹, Anna-Birgitte Aga², Inge Christoffer Olsen², Siri Lillegraven²,



Clinical and epidemiological research
Extended report

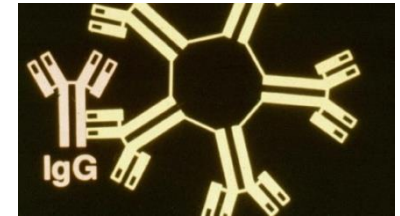
Targeting ultrasound remission in early rheumatoid arthritis: the results of the TaSER study, a randomised clinical trial

James Dale^{1, 2}, Anne Stirling³, Ruiqi Zhang⁴, David Purves⁵, Jonathan Foley⁶, Martin Sambrook⁷, Philip G Conaghan⁸,
Désirée van der Heijde¹⁰, Alex McConnachie⁴, Iain B McInnes¹, Duncan Porter^{1, 3}

1. Correspondence to Dr James Dale, Department of Rheumatology, Wishaw General Hospital, 50 Netherton Street, Wishaw, North Lanark ODP, UK; jamesdale1@nhs.net

La rémission est-elle associée à la « séroconversion » ?

Demoel EC et al. Ann Rheum Dis 2018



N = 381 patients

Auto-anticorps	Nombre patients %
Apparition d'au moins un auto-anticorps supplémentaire	17%
Absence de toute variation significative	23%
Perte d'au moins 1 auto-anticorps	17%
Disparition de 2 ou 3 auto-anticorps	23%
Disparition d'au moins 4 auto-anticorps	20%

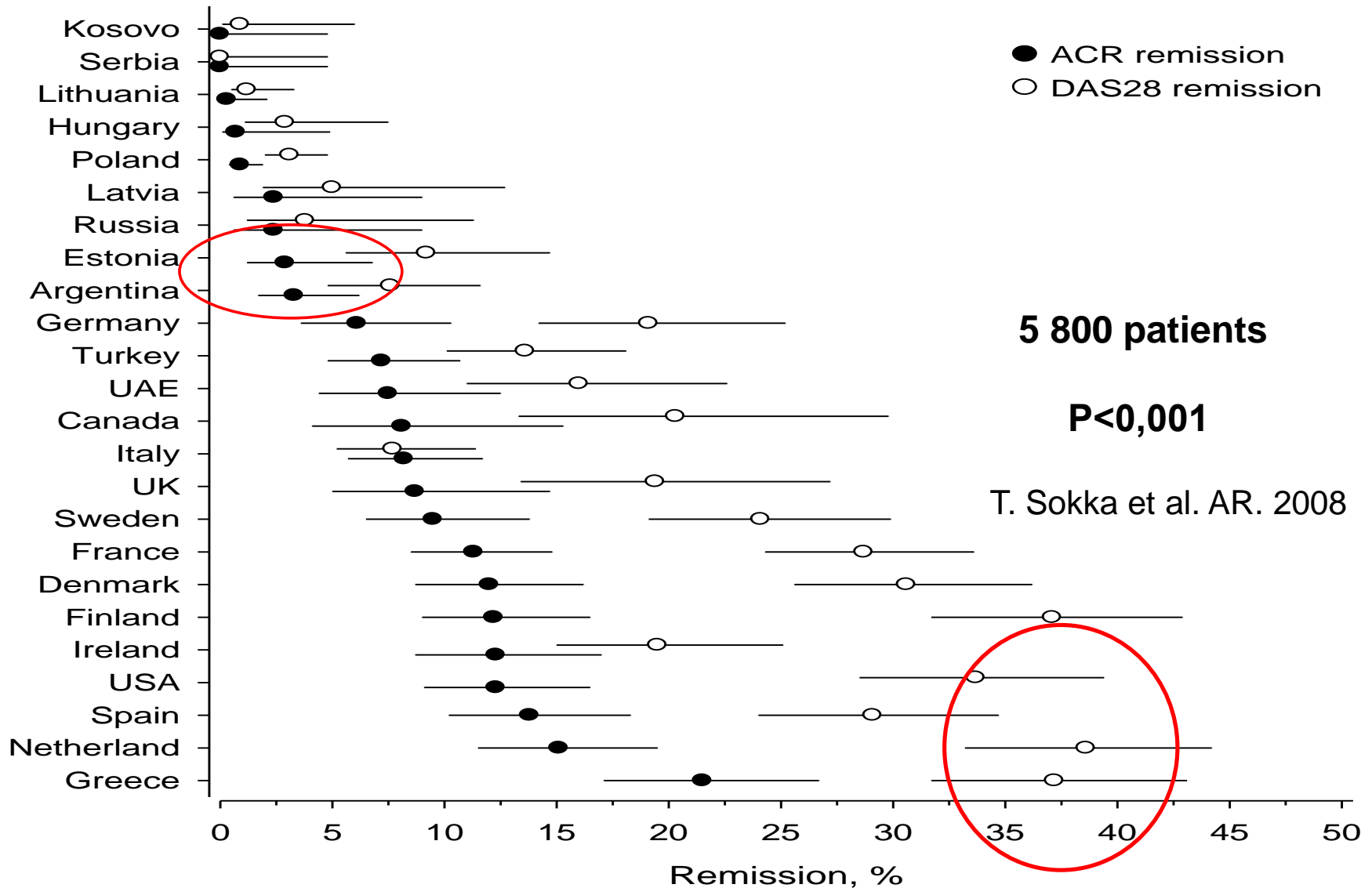
6 sujets seulement auront une négativation pour la totalité des 14 anticorps testés .

**Quelle est la prévalence de
la rémission dans la PR ?**

A decorative wavy line in a light teal color, resembling a water surface, spans the width of the slide below the text.

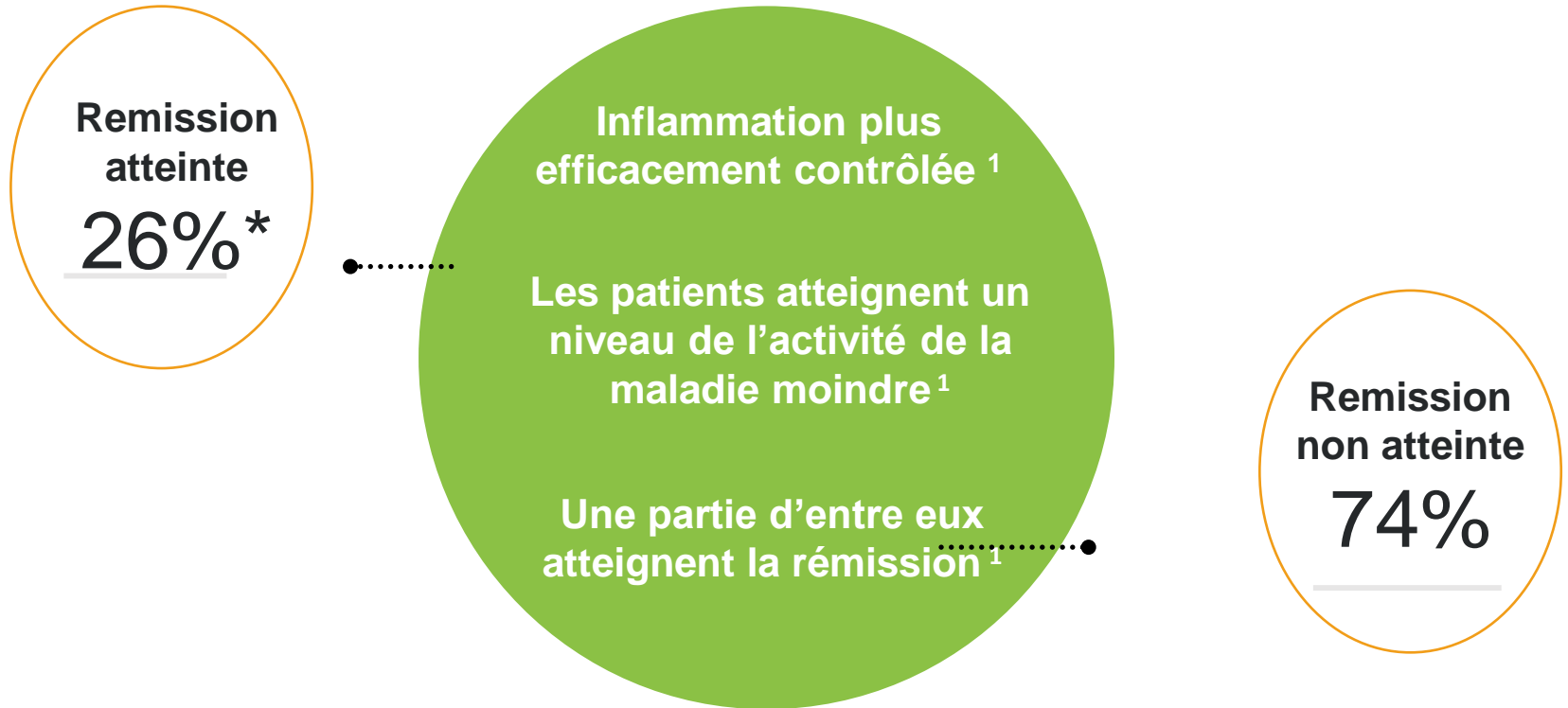
Résultats variables d'un pays à l'autre

« QUEST-RA »



Atteindre la rémission reste difficile pour beaucoup de patients

DAS28-CRP <2.6 * à 6 mois
(DANBIO registry)



- 2,326 patients in whom the first biologic treatment was initiated (29% received adalimumab, 22% received etanercept, and 49% received infliximab). Data represents an average and is corrected for withdrawals.

- Hetland ML, et al. Arthritis & Rheumatism 2010;62:22–32.

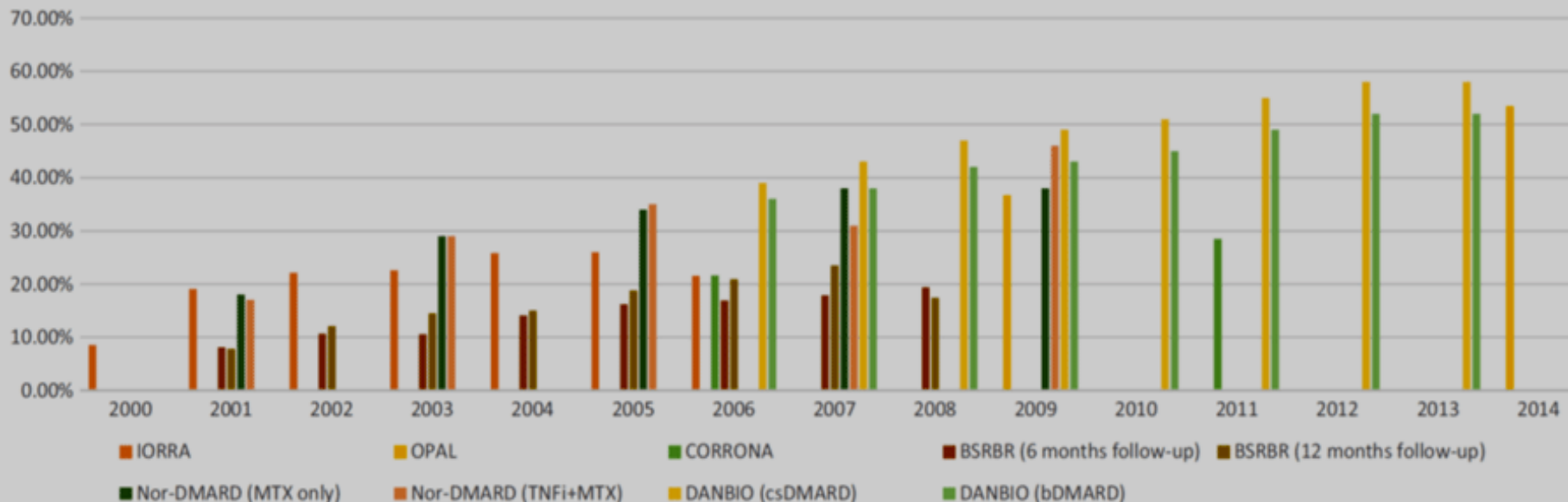
Augmentation de l'obtention de la rémission au fil des années.

Sur 8327 citations, 31 études ont été retenues dont 12 dans la méta-analyse ;
effectif : 82 450 patients. Données de la Vraie Vie stratégie T2T

L'obtention de la rémission concerne :

16,3% des patients à 6 mois,

21,5% des patients à 1 an



L'obtention d'une rémission prolongée ne concerne qu'un patient sur deux !

Multicenter Study > Rheumatology (Oxford). 2020 Jan 1;59(1):205-212.

doi: 10.1093/rheumatology/kez273.

Secular trends of sustained remission in rheumatoid arthritis, a nationwide study in Sweden

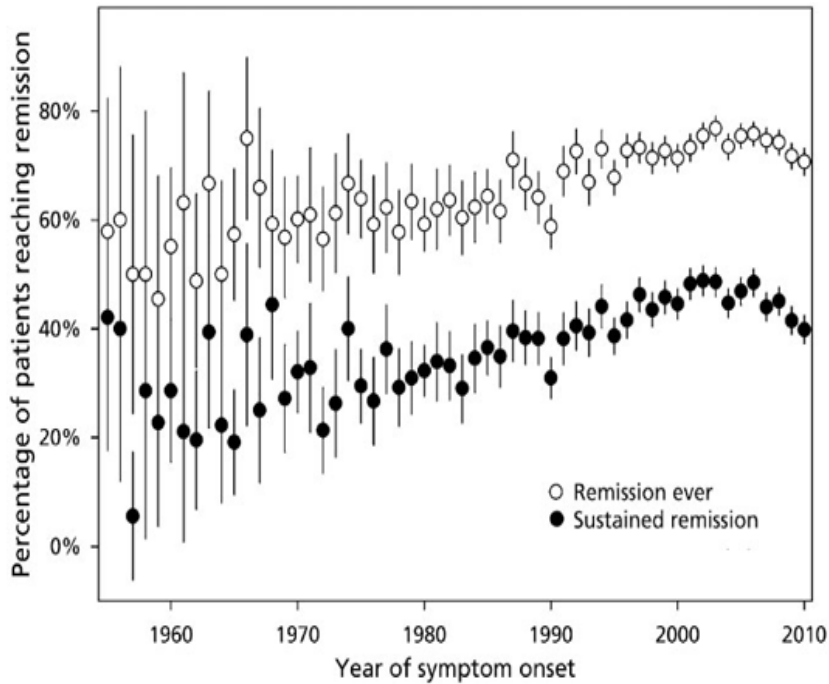
Jon T Einarsson ¹, Minna Willim ¹, Tore Saxne ¹, Pierre Geborek ¹, Meliha C Kapetanovic ¹

Affiliations + expand

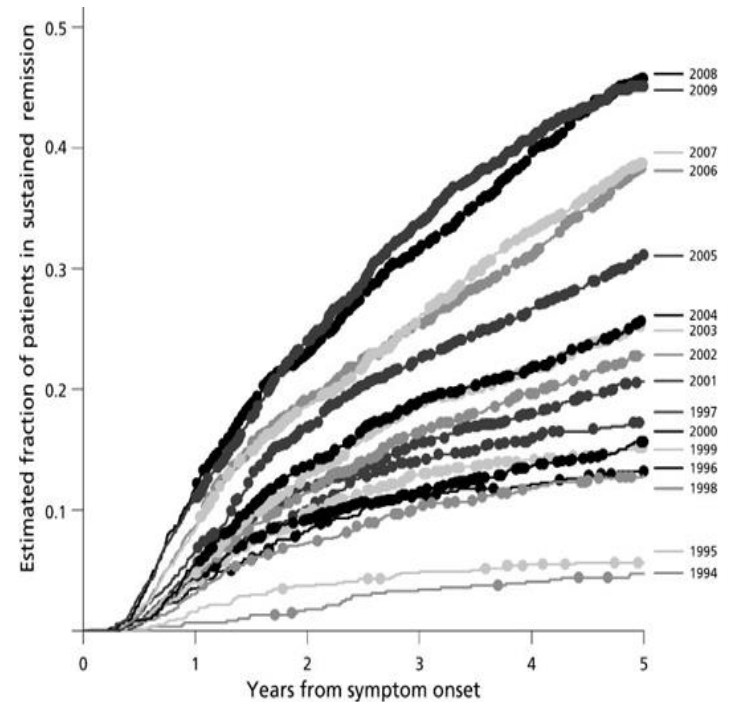
PMID: 31302705 DOI: 10.1093/rheumatology/kez273

L'obtention d'une rémission prolongée ne concerne qu'un patient sur deux !

29.084 patients



Augmentation progressive du taux d'obtention d'une rémission prolongée et ce jusqu'en 2006, puis l'incidence de la rémission DAS28 diminue.



Pourcentage de patients atteignant une rémission prolongée en fonction de l'année d'inclusion et de début de la maladie.

RHEUMATOLOGY

Rheumatology 2019;58:227-236

doi:10.1093/rheumatology/key054

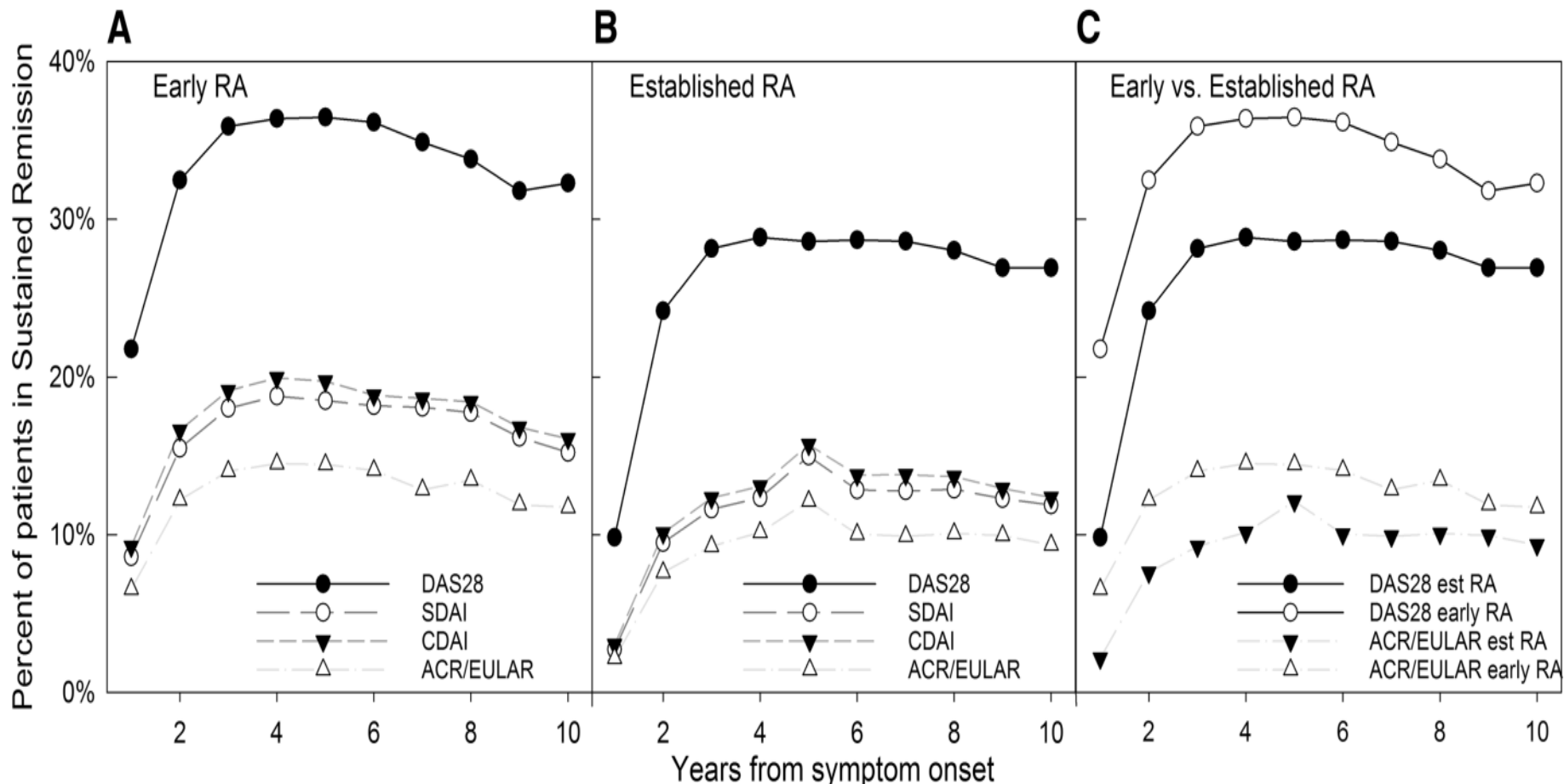
Advance Access publication 12 March 2018

Original article

Prevalence of sustained remission in rheumatoid arthritis: impact of criteria sets and disease duration, a Nationwide Study in Sweden

**Jon T. Einarsson¹, Minna Willim¹, Sofia Ernestam^{2,3}, Tore Saxne¹,
Pierre Geborek¹ and Meliha C. Kapetanovic¹**

La prévalence est variable selon l'outil utilisé



La rémission prolongée à 1 an était rarement observée dans 16,4 % 6,5% 6,0 % 4,6% selon l'outil utilisé DAS28, CDAI, SDAI ACR.

Amélioration prolongée de la polyarthrite rhumatoïde traitée par rituximab : résultats d'une expérience algérienne

O. Cheikh ; F. Mechid; R. Benaziez; N. Zehraoui; N. Saidi ; H. Boukerma; C. Dahou-Makhloufi
Rhumatologie, CHU BAB EL OUED, Alger, Algérie. *Revue du Rhumatisme* 85S (2018) A173-A335

90 patients ont été colligés. 51/ 64 patients ont répondu favorablement .
82,8 % : rémission ou faible activité depuis plus de 12 mois (DAS28VS)

42,5 % étaient sous MTX. 95 % cortisonés (dose moyenne 6 mg/j)

Le délai moyen de retraitement était de 17 mois (extrêmes : 12 - 54 mois).

Les patients à rémission prolongée avaient une longue durée d'évolution de leur PR, une forte positivité du FR et des ACPA.

Thèse Pr N. Bahaz 2019 : 300 Patients **10% PR en rémission, 8,33% Faible activité** DAS

28

(68,3% MTX , 30% des malades sont sous biothérapie)

- Série du service 2021 : sur 107 PR : 23 sont en rémission soit 21,6%

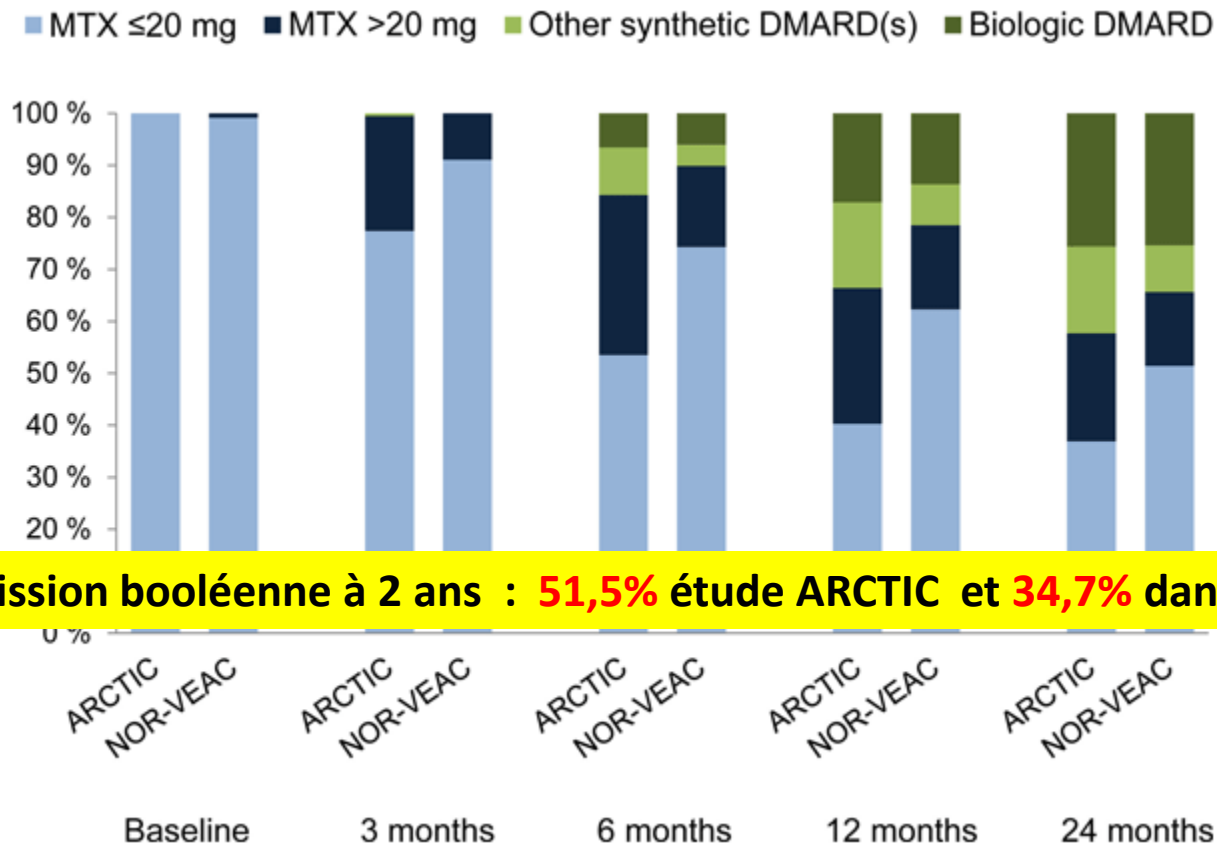
FACULTE DE MEDECINE
D'ALGER



The background is a blue-tinted image of a document. A pen is visible in the upper right corner, appearing to write on the paper. There are faint lines and numbers on the document, including a '5' on the left and '2,47' on the right. The overall scene suggests a clinical or research setting.

**La stratégie thérapeutique
utilisée influence t'elle le
pourcentage de rémission ?**

La probabilité d'obtention d'une rémission booléenne est statistiquement plus élevée pour les patients de l'étude ARCTIC : OR = 1,82 (1,05 – 3,16).
Expérience Scandinave

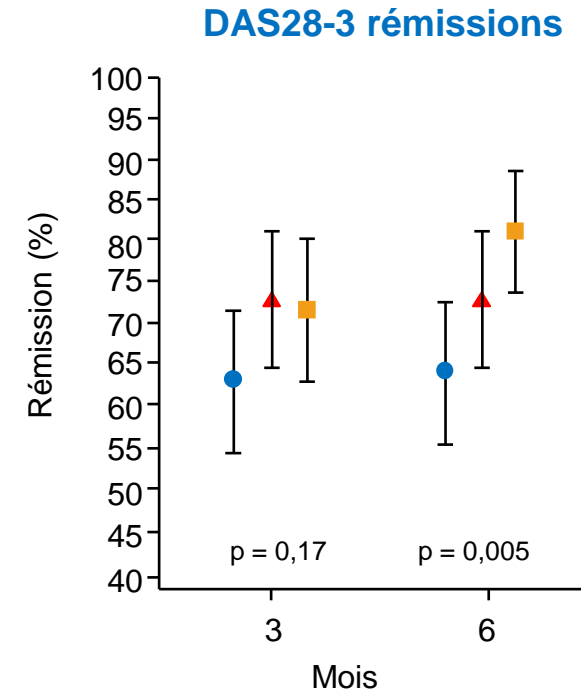
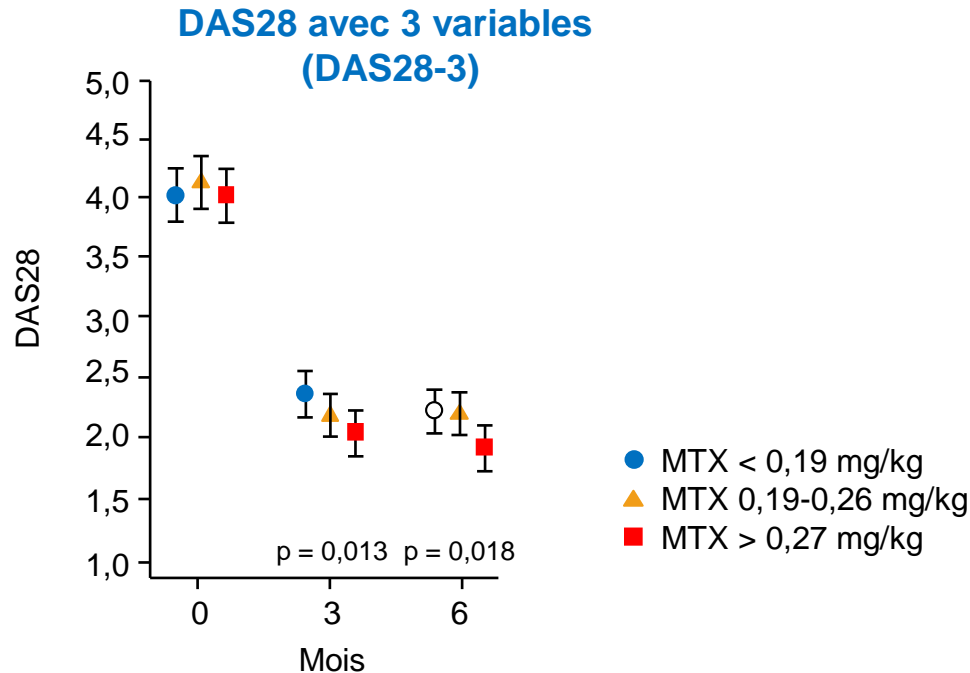


Rémission booléenne à 2 ans : 51,5% étude ARCTIC et 34,7% dans l'étude NOR-VEAC

La dose initiale de méthotrexate est importante pour l'obtention d'une rémission

Cohorte finlandaise de 611 polyarthrites débutantes

- 311 PR (ACR 1987 ou ACR-EULAR 2010) FR+ mise sous MTX
 - 3 groupes de 112 patients/tertile de dose de MTX :
< 0,19 mg/kg, 0,19-0,26 mg/kg et > 0,26 mg/kg



➔ La dose initiale de MTX est un facteur important pour l'obtention d'une rémission

Has the dose of methotrexate in rheumatoid arthritis been optimized before initiating biological treatment ?
results of an Algerian multicenter study

**R.Benaziez-
Boutaleb¹,F.Mechid¹,M.Berkache¹,I.Bencharif², H.Ayad³,
S.Slimani⁴, N.Bahaz⁵, F.Rahal⁶, S.Oulabsir⁷,S.Lefkir⁵,
F.Hanni⁶,A.Abiayad⁷,
C.Dahou- Makhloufi¹.**

❖ *rheumatology department, Bab El Oued hospital, Algiers, Algeria¹.rheumatology department, hospital of constantine – Algeria².rheumatology department,hospital of Annaba – Algeria³. liberal rheumatologist, Batna – Algeria⁴. rheumatology department, Benimessous hospital, Algiers – Algeria⁵. rheumatology department, Benaknoun hospital, Algiers– Algeria⁶. rheumatology department, Ain Naadja military Hospital, Algiers– Algeria⁷.*

❖ **239 patients**, âge 48,3 ± 12,86, durée 13.6 ± 8.2, ACPA : 228.76 ± 287.08 HAQ : 1.13 ± 0.82 , DAS 28 vs : 4.77 ± 1.46

86% cortisonés, 18,5% MTX 20-25mg/s, 82% : dose moyenne 14 mg /s (10-18,5)

PR débutante : viser
la rémission ou LDA
?

Rheumatology (Oxford). 2020 Jun 1;59(6):1272-1280. doi: 10.1093/rheumatology/kez461.

Remission vs low disease activity: function, quality of life and structural outcomes in the Early Rheumatoid Arthritis Study and Network

© Capture rectangulaire

Irena Nikiphorou¹, Sam J Norton¹, Lewis Carpenter¹, David A Walsh², Paul Creamer³, Josh Dixey⁴, Adam Young⁵, Patrick D W Kiely^{6,7}, for ERAS and ERAN

Affiliations [+](#) expand

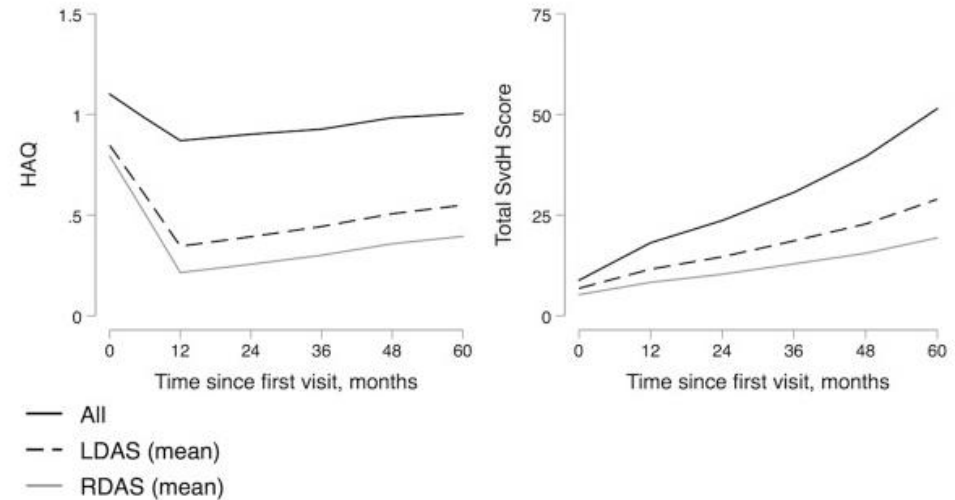
MID: 31580448 PMID: [PMC7244786](#) DOI: [10.1093/rheumatology/kez461](#)

[Free PMC article](#)



Viser la rémission reste un objectif très recommandé !

- La comparaison des patients ayant obtenu une rémission DAS/ LDA-DAS : Tous les critères apparaissent statistiquement meilleurs chez les sujets ayant obtenu la rémission et non le LDA.
- La figure illustre les résultats sur le HAQ et la progression structurale (score de Sharp modifié).





Quels sont les
facteurs prédictifs
de la rémission ?

Facteurs prédictifs associés à la rémission

Sur 8327 citations, 31 études ont été retenues dont 12 dans la méta-analyse ; effectif : 82 450 patients.

Grande hétérogénéité : durée maladie, DAS28 initial, % MTX, corticoïdes. Rémission évaluée par DAS28 < 2,6 repose sur 21 études.
Rémission : 16,3% des patients à 6 mois, 21,5% des patients à 1 an

Sous anti-TNF, la rémission est de 26,1% à 1 an
Autres biologiques :13,8%

Rémission + LDA, 35 à 61,7% à 6 mois selon les études.

Dans cette étude , les auteurs rapportent également l'augmentation du nombre de rémission au fil des années

Principaux facteurs prédictifs associés à l'obtention de la rémission

Sexe masculin

Précocité du diagnostic

un niveau d'éducation plus élevé,

Positivité des ACPA

un nombre d'articulations douloureuses moindre

un HAQ moindre

En revanche, le recours aux corticoïdes est associé à une fréquence moins élevée d'obtention de la rémission.

Taux de rémission / LDA faibles avec les inhibiteurs du TNF dans la polyarthrite rhumatoïde

Predictors, demographics and frequency of sustained remission and low disease activity in anti-tumour necrosis factor–treated rheumatoid arthritis patients

14 436 patients atteints de PR débutant leur premier TNFi (entre 2001 et 2013)

Seulement 15% des patients atteints de PR ont obtenu une rémission prolongée et seulement 26% ont maintenu une LDA.

**Philip D H Hamann et al. 2019
Rheumatology (Oxford).**

Facteurs prédictifs de la rémission prolongée et de faible activité au cours de la PR traitée par anti-TNF

Facteurs prédictifs positifs :

- ✓ *Adalimumab plus que l'étanercept ;*
- ✓ *Scores d'évaluation globale des patients plus élevés;*
- ✓ *L'absence de tabagisme;*
- ✓ *Nombre d'articulations enflées plus élevé;*
- ✓ *Association du MTX à l'anti-TNF*

Facteurs prédictifs négatifs :

- ✓ *Mauvais état fonctionnel de base (HAQ);*
- ✓ *Le sexe féminin;*
- ✓ *Âge plus avancé au début de l'anti-TNF;*
- ✓ *Utilisation d'infliximab;*
- ✓ *VS de base plus élevée*
- ✓ *IMC plus élevé;*

Obésité et rémission

- Schulman E et al. Arthritis Care Res 2018 ; 70:1185-91.

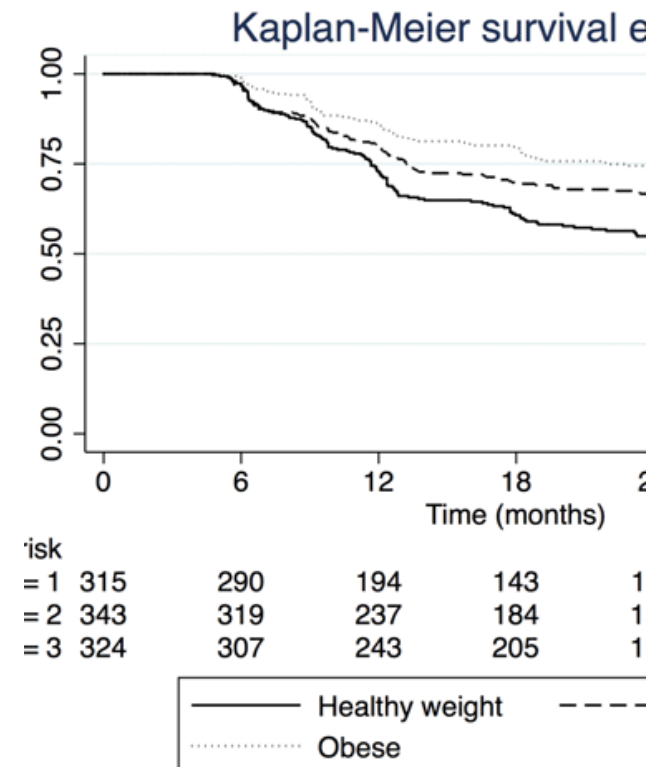
- ❖ **26% des sujets obèses obtenant une rémission prolongée**
- ❖ **37% chez les patients en surpoids ;**
- ❖ **45% sujets de poids normal (p < 0,0001).**

Comparativement aux sujets de poids normal,

le surpoids s'accompagne d'une réduction du risque d'obtention de rémission prolongée

HR ajusté à 0,75 (0,58 – 0,98). Pour l'obésité, le HR ajusté : 0,53 (0,39 – 0,71).

Pour l'obésité morbide avec BMI ≥ 35, le HR ajusté est à 0,47 (0,31 – 0,71). Données canadiennes CATCH



Rémission sans DMARDs !

Verstappen M, et al. RMD Open 2020;6:e001220.

- ❖ **Revue systématique** : 631 articles (14 essais cliniques et 5 études observationnelles).
- ❖ Objectif : évaluer la rémission sans DMARD et rechercher les facteurs prédictifs;
- ❖ La rémission a été atteinte dans 5,0%–24,3% ;
- ❖ La rémission persistante (durée>12 mois) dans 11,6%–19,4% ;
- ❖ Absence d'auto-anticorps et d'allèles d'épitopes partagés augmente les chances d'atteindre la rémission;
- ❖ Fréquence des poussées pendant la réduction la 1^{ère} année/ 2^{ème}

- * **Facteurs positifs** : sexe masculin, diagnostic précoce
- * **Facteurs négatifs** : DAS initial élevé, HAQ élevé, CRP, FR,ACPA, tabac, épitope partagé

Incidence and Predictors of Biological Antirheumatic Drug Discontinuation Attempts among Patients with Rheumatoid Arthritis in Remission: A CORRONA and NinJa Collaborative Cohort Study

Kazuki Yoshida¹, Helga Radner¹, Maria D Mjaavatten¹, Jeffrey D Greenberg¹, Arthur Kavanaugh¹, Mitsumasa Kishimoto¹, Kazuo Matsui¹, Masato Okada¹, George Reed¹, Yukihiro Saeki¹, Shigeto Tohma¹, Joel Kremer¹, Daniel H Solomon¹

PR et rémission : quel est le pourcentage de patients capables d'arrêter leur biothérapie ?

Résultats des cohortes CORRONA et NinJa

Evaluation du taux de rémission et d'arrêt de biothérapies à partir de 2 études longitudinales observationnelles (rémission CDAI \leq 2,8).

6.263 dans le registre CORRONA 744 dans le registre NInJA.
La corticothérapie: 19% dans le registre CORRONA et 37,8% dans le registre NInJA.

Sur une période observationnelle de 5 ans, seuls 10% et 11,8% ont pu interrompre le traitement pour rémission.

Parmi les facteurs prédictifs d'arrêt du biologique :

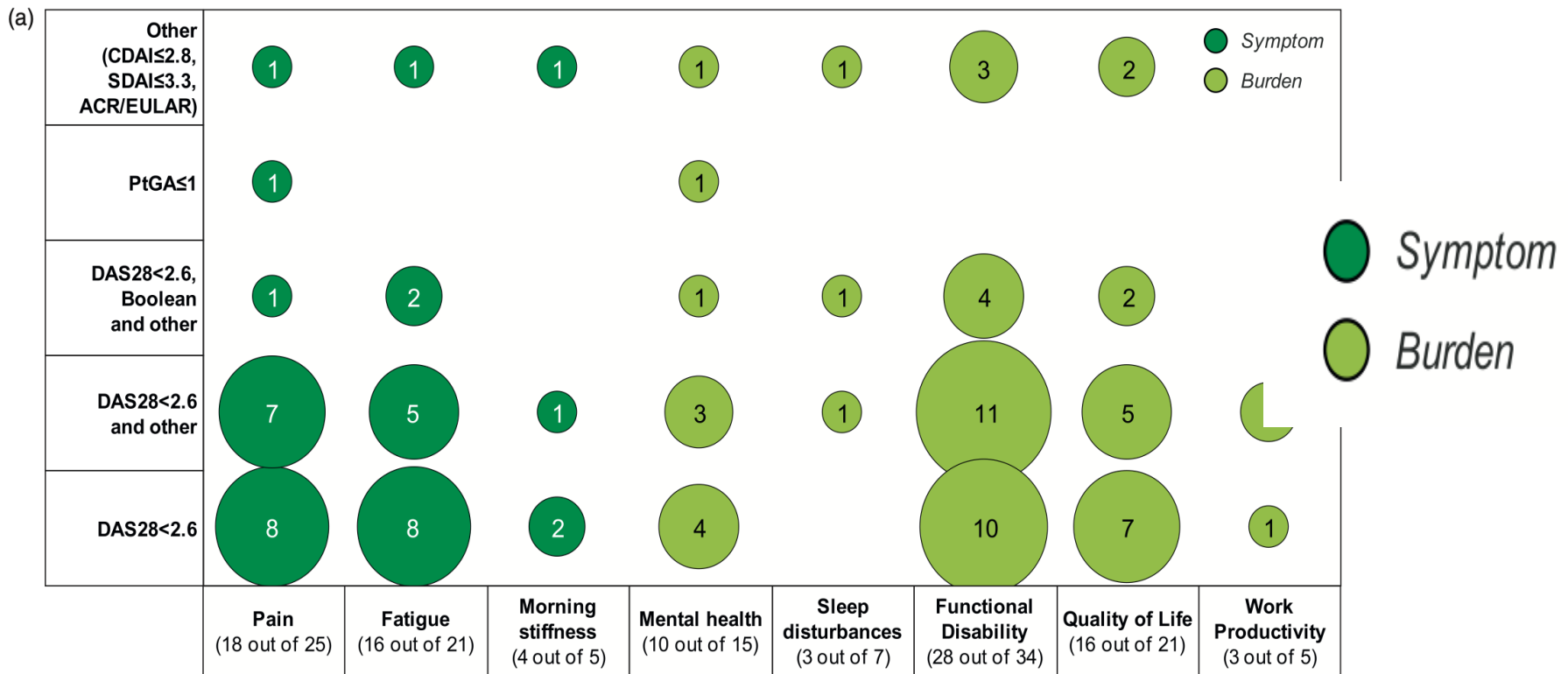
- **une durée moindre d'évolution de la maladie**
- **une moindre activité initiale**
- **coprescription de MTX avec HR à 1,56 (1,28 – 1,90).**

Obstacles à la Rémission

- **Retard diagnostique**
- **Retard à l'initiation du TRT**
- **Sévérité de la PR**
- **Difficultés d'accès aux traitements**
- **Mauvaise observance thérapeutique**
- **Autres... *inertie clinique***

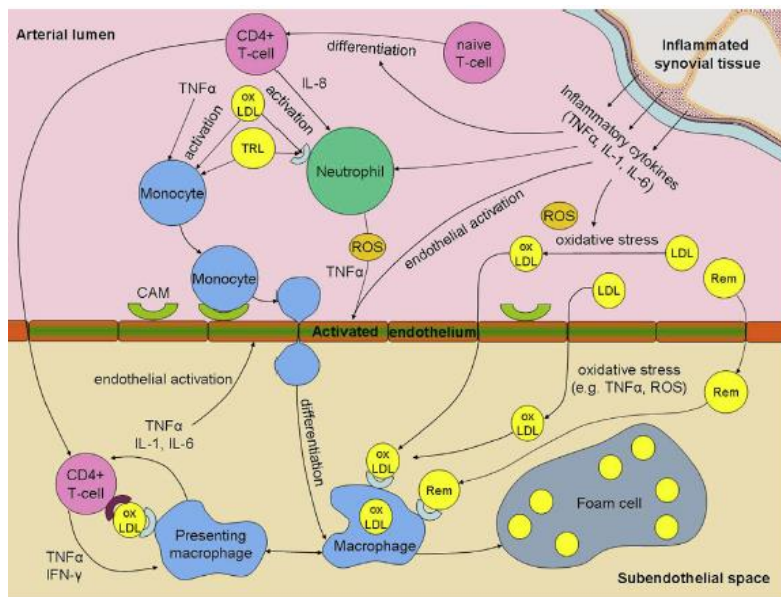
Symptômes résiduels et rémission

Revue systématique de la littérature, 68 études retenues



Pourquoi la rémission ?

La PR est un facteur de risque CV indépendant



- Tabac, HTA, diabète, dyslipidémie, syndrome inflammatoire, syndrome métabolique, Insulinorésistance.
- Hyperhomocystéinémie
- Dysfonction endothéliale
- TRT utilisés (AINS, corticoïdes).
- McGettigan et al, JAMA 2006
- Desein et al, Arthritis Rheum 2006
- Chung et al, Arthritis Rheum 2008
- Solomon et al, JAMA 2011
- Del Rincon et al, Arthritis Rheum 2014

Ursini et al, Medicine 2015

D.F. van Breukelen-van der Stoep et al. / Atherosclerosis 231 (2013)

EULAR recommendations for cardiovascular disease risk management in patients with rheumatoid arthritis and other forms of inflammatory joint disorders: 2015/2016 update



R. Agca et al. Ann. Rheum. Dis 2016.

Level of evidence Strength of recommendation Level of agreement (SD)

Overarching principles

- A. Clinicians should be aware of the higher risk for CVD in patients with RA compared with the general population. This may also apply to AS and PsA.
- B. The rheumatologist is responsible for CVD risk management in patients with RA and other IJD.
- C. The use of NSAIDs and corticosteroids should be in accordance with treatment-specific recommendations from EULAR and ASAS

Recommendations

1. Disease activity should be controlled optimally in order to lower CVD risk in all patients with RA, AS or PsA	2b-3	B	9.1 (1.3)
2. CVD risk assessment is recommended for all patients with RA, AS or PsA at least once every 5 years and should be reconsidered following major changes in antirheumatic therapy	3-4	C	8.8 (1.1)
3. CVD risk estimation for patients with RA, AS or PsA should be performed according to national guidelines and the SCORE CVD risk prediction model should be used if no national guideline is available	3-4	C-D	8.7 (2.1)
4. TC and HDLc should be used in CVD risk assessment in RA, AS and PsA and lipids should ideally be measured when disease activity is stable or in remission. Non-fasting lipids measurements are also perfectly acceptable	3	C	8.8 (1.2)
5. CVD risk prediction models should be adapted for patients with RA by a 1.5 multiplication factor, if this is not already included in the model	3-4	C	7.5 (2.2)
6. Screening for asymptomatic atherosclerotic plaques by use of carotid ultrasound may be considered as part of the CVD risk evaluation in patients with RA	3-4	C-D	5.7 (3.9)
7. Lifestyle recommendations should emphasise the benefits of a healthy diet, regular exercise and smoking cessation for all patients	3	C	9.8 (0.3)
8. CVD risk management should be carried out according to national guidelines in RA, AS or PsA, antihypertensives and statins may be used as in the general population	3-4	C-D	9.2 (1.3)
9. Prescription of NSAIDs in RA and PsA should be with caution, especially for patients with documented CVD or in the presence of CVD risk factors	2a-3	C	8.9 (2.1)
10. Corticosteroids: for prolonged treatment, the glucocorticoid dosage should be kept to a minimum and a glucocorticoid taper should be attempted in case of remission or low disease activity; the reasons to continue glucocorticoid therapy should be regularly checked	3-4	C	9.5 (0.7)

Recommendations

6. Screening for asymptomatic atherosclerotic plaques by use of carotid ultrasound may be considered as part of the CVD risk evaluation in patients with RA
7. Lifestyle recommendations should emphasise the benefits of a healthy diet, regular exercise and smoking cessation for all patients
8. CVD risk management should be carried out according to national guidelines in RA, AS or PsA, antihypertensives and statins may be used as in the general population
9. Prescription of NSAIDs in RA and PsA should be with caution, especially for patients with documented CVD or in the presence of CVD risk factors
10. Corticosteroids: for prolonged treatment, the glucocorticoid dosage should be kept to a minimum and a glucocorticoid taper should be attempted in case of remission or low disease activity; the reasons to continue glucocorticoid therapy should be regularly checked

Événements thromboemboliques et PR : un risque lié à l'activité de la maladie

> [Ann Rheum Dis. 2021 Feb;80\(2\):169-175. doi: 10.1136/annrheumdis-2020-218419. Epub 2020 Oct 1](#)

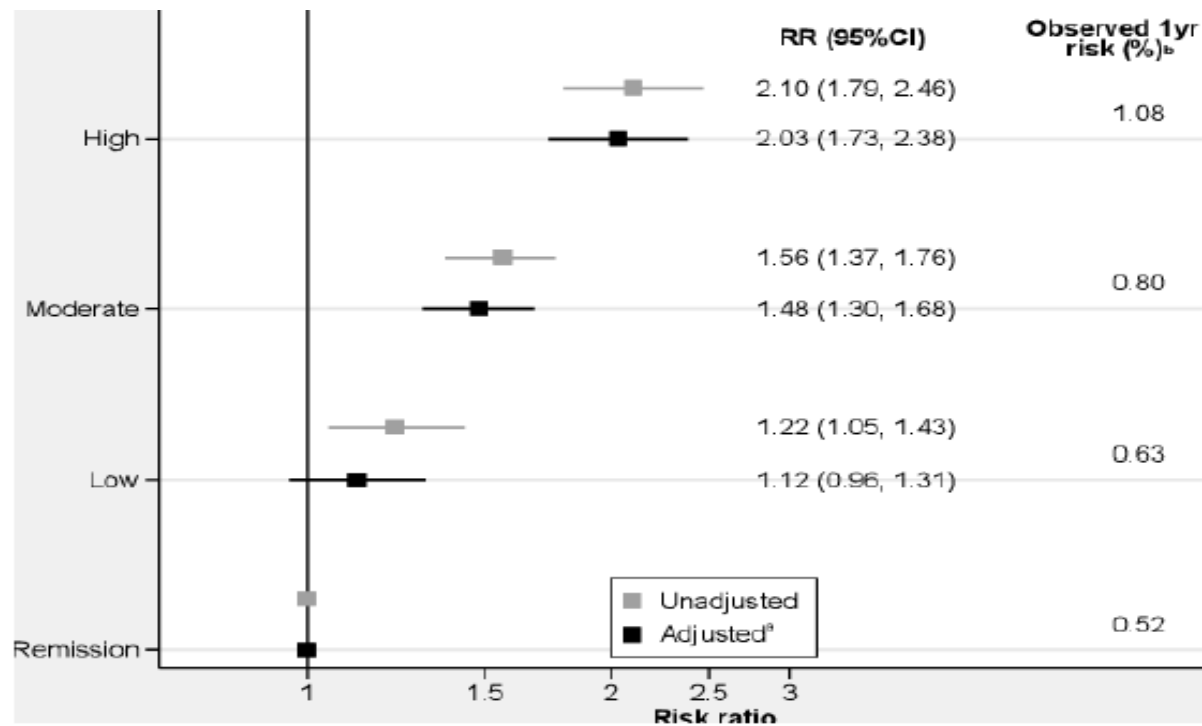
Risk of venous thromboembolism in rheumatoid arthritis, and its association with disease activity: a nationwide cohort study from Sweden

Viktor Molander ^{1 2}, Hannah Bower ³, Thomas Frisell ³, Johan Askling ^{3 2}

- Ann Rheum Dis 2021 ; 80(2):169-175

Risk of venous thromboembolism in rheumatoid arthritis, and its association with disease activity: a nationwide cohort study from Sweden

Viktor Molander^{1 2}, Hannah Bower³, Thomas Frisell³, Johan Askling^{3 2}



Impact of Sustained Remission on the Risk of Serious Infection in Patients With Rheumatoid Arthritis

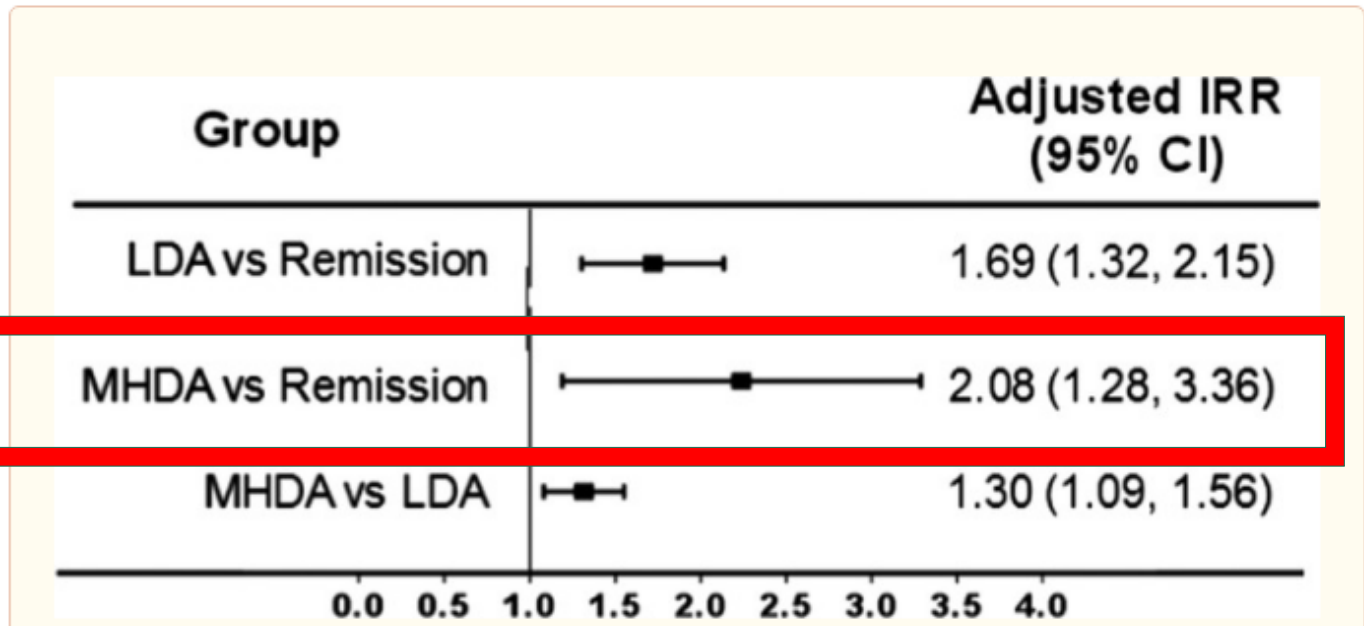
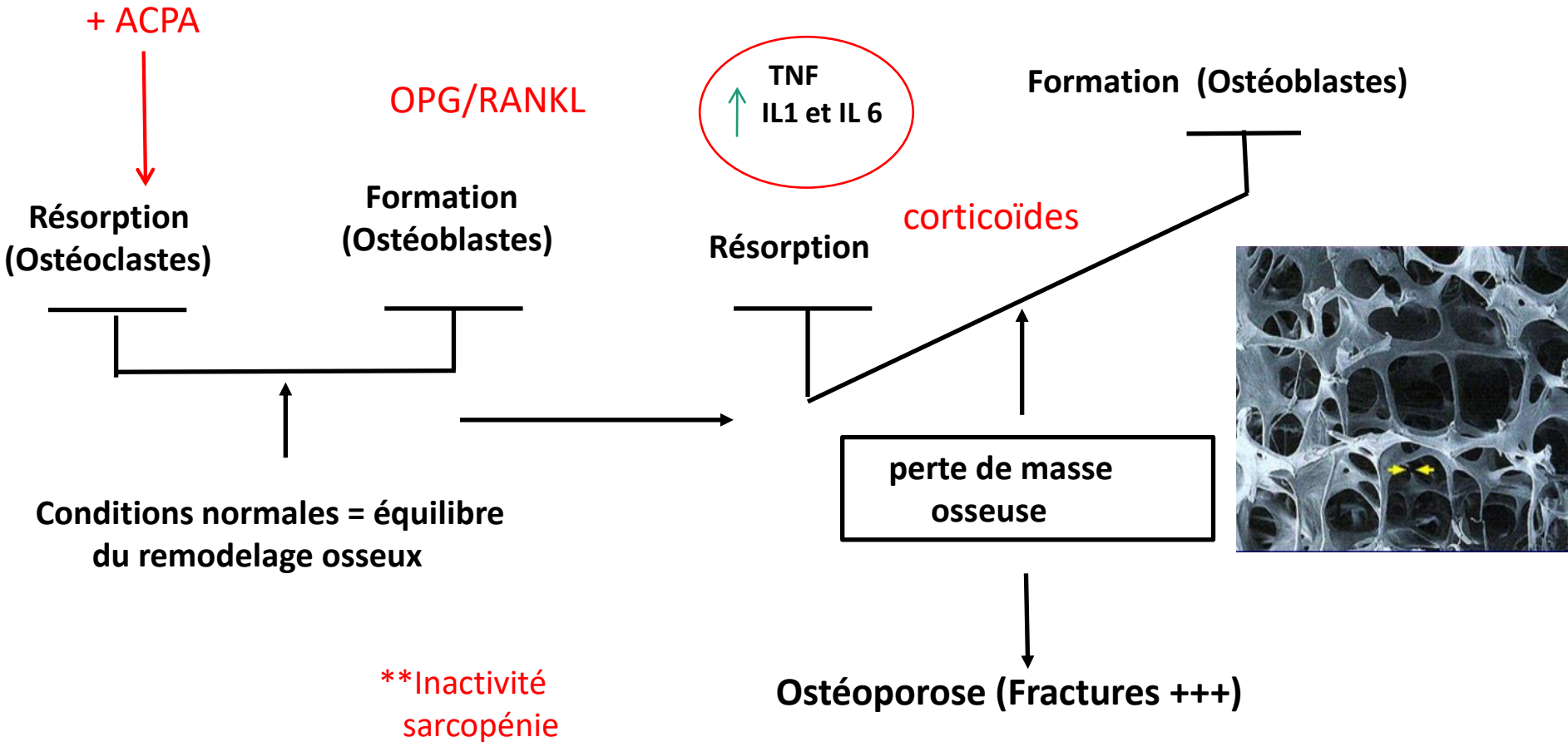


Figure 1

Adjusted incidence rate ratios (IRRs) for risk of infection. 95% CI = 95% confidence intervals; LDA = low disease activity; MHDA = moderate-to-high-disease activity.

3,355 patients ont été identifiés à partir du registre CORRONA avec au moins 2 évaluations du SDAI et qui réunissaient les critères de rémission avec un SDAI inférieur ou égal à 2,8.

Polyarthrite et ostéoporose



***Prévalence 22 % - 36 %**

*World Health Organization (WHO).
World Health Organ Tech Rep Ser. 1994.
Hernlund E, Arch Osteoporos.2013.

Heberlein I et al.Rheumatol 2011

Phase 1

Diagnostic de polyarthrite rhumatoïde

*Pas de contre-
indications
au MTX*

*Contre-indications
au MTX*

Initiation du
MTX (15mg/s)

+
Glucocorticoïdes
courte durée
≤ 6 mois

Sulfasalazine
ou
leflunomide

Privilégier MTX SC
Optimisation

Non

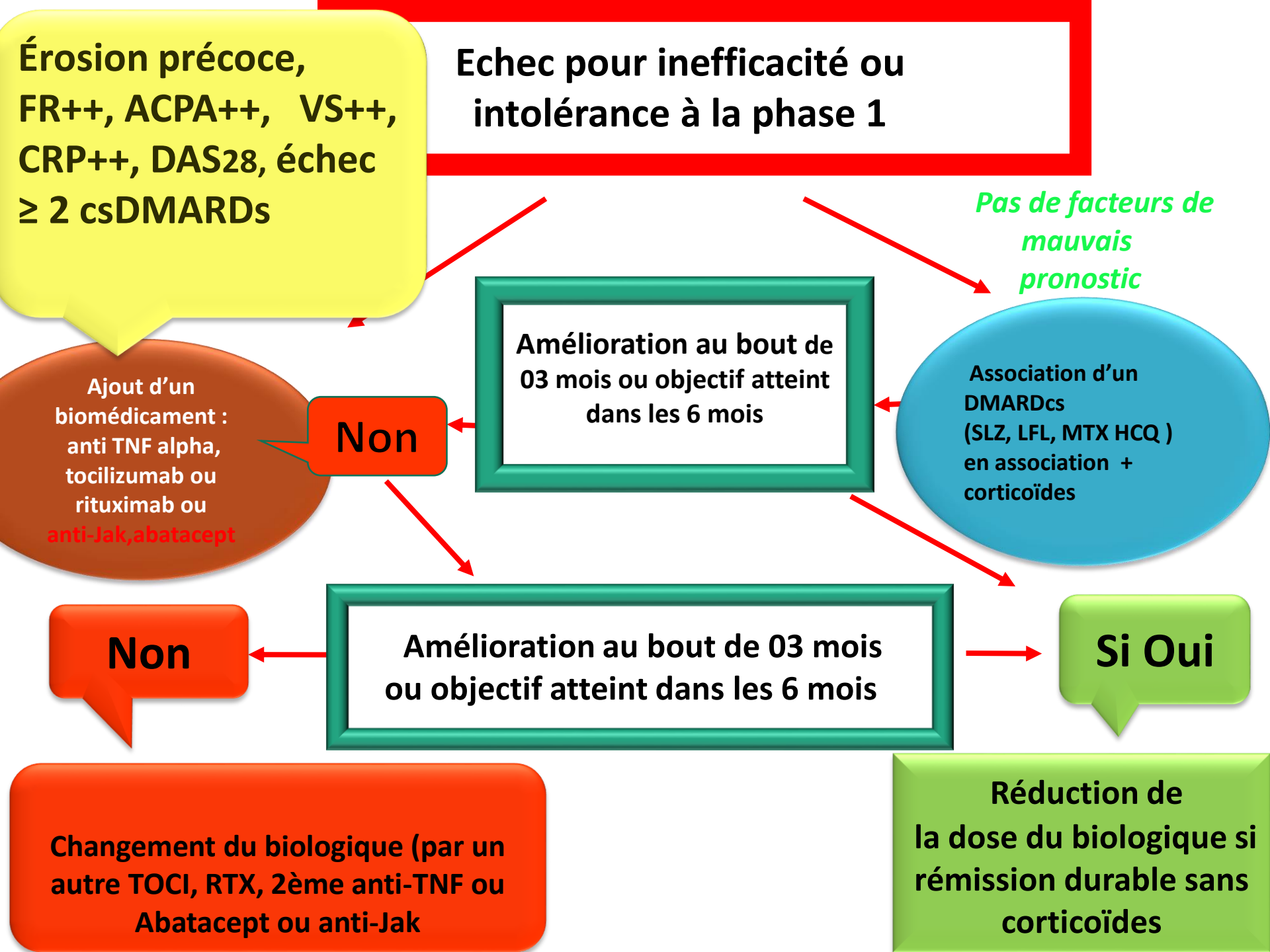
Amélioration au bout de 03 mois
ou objectif atteint
dans les 6 mois

Oui

Continuer

Passer à la phase 2

Réduction de la dose du csDMARD si
rémission durable sans corticoïdes



Érosion précoce,
FR++, ACPA++, VS++,
CRP++, DAS28, échec
≥ 2 csDMARDs

Echec pour inefficacité ou
intolérance à la phase 1

*Pas de facteurs de
mauvais
pronostic*

Amélioration au bout de
03 mois ou objectif atteint
dans les 6 mois

Association d'un
DMARDcs
(SLZ, LFL, MTX HCQ)
en association +
corticoïdes

Non

Ajout d'un
biomédicament :
anti TNF alpha,
tocilizumab ou
rituximab ou
anti-Jak, abatacept

Non

Amélioration au bout de 03 mois
ou objectif atteint dans les 6 mois


Si Oui

Changement du biologique (par un
autre TOCI, RTX, 2ème anti-TNF ou
Abatacept ou anti-Jak

Réduction de
la dose du biologique si
rémission durable sans
corticoïdes

Conclusion

- ❖ La rémission clinique ou la LDA : principal objectif thérapeutique;
- ❖ Préserve les lésions structurales, assure une meilleure qualité de vie;
- ❖ Quelque soit l'indice composite utilisé, il est important de l'interpréter en appréciant chacun des composants, en tenant compte des données anamnestiques et de l'examen clinique.
- ❖ Le concept de médecine partagée faisant appel à la perception du patient (personal reported outcomes) ou PRO paraît intéressant.
- ❖ La précocité du diagnostic reste une des conditions indispensables pour la réussite du traitement.

An aerial night photograph of a city, likely Rome, showing a large illuminated cathedral with a dome and spires in the background. The city lights are visible in the foreground and middle ground, creating a warm glow against the dark sky.

Merci de votre
attention !
