



LES PARTICULARITES THERAPEUTIQUES DE LA POLYARTHRITE RHUMATOÏDE DU SUJET AGE

Mémoire présenté par :
DOCTEUR SNAH NOUHA
Née le 03 Mars 1994 à FES

Mémoire Pour l'obtention du diplôme de spécialité en médecine
Option : RHUMATOLOGIE

Sous la direction de Professeur : HARZY Taoufik

Pr. HARZY Taoufik
Chef du Service de Rhumatologie
CHU Hassan II - Fes
INPE : 101071603

Session Juin 2025

REMERCIEMENTS

A notre cher Maître, Monsieur le Professeur Taoufik Harzy

Votre savoir, votre rigueur, votre encadrement et votre soutien ont profondément marqué mon parcours. Vous avez su, par votre disponibilité, votre conscience professionnelle et votre exigence bienveillante, éveiller en nous l'envie d'apprendre, de progresser, et de toujours donner le meilleur de nous-mêmes.

Je suis honorée d'avoir bénéficié de votre enseignement, et j'espère avoir su tirer profit de tout ce que vous avez si généreusement transmis. Votre exemple restera pour moi une source constante d'inspiration, tant sur le plan scientifique qu'humain.

Recevez, à travers ces mots, l'expression de mon profond respect et de ma sincère gratitude.

A notre chère Professeure Nessrine Akasbi

De votre enseignement précieux, je garderai le goût du travail rigoureux et l'exigence du dépassement de soi. Vous avez toujours su faire ressortir le meilleur de chacun de nous, avec bienveillance, exigence et une grande générosité. Votre dynamisme, votre écoute et vos qualités humaines font de vous une personne dont je suis fière d'avoir suivi l'exemple.

Je vous remercie sincèrement pour le temps, l'énergie et les efforts que vous avez consacrés à notre formation. Votre soutien constant et vos encouragements ont profondément marqué mon parcours.

Recevez l'expression de ma reconnaissance la plus profonde et de mon respect le plus sincère.

A notre chère Maître Imane El Mezouar

Par vos conseils avisés et votre accompagnement généreux, vous avez su éclairer chacune des étapes de ce parcours, et bien au-delà, vous avez enrichi ma formation de manière inestimable.

Vous avez incarné, jour après jour, ce qu'il y a de plus noble dans la transmission du savoir : l'exigence bienveillante, la patience sincère, et l'attention portée à chacun. Grâce à vous, nous avons appris et surtout, compris l'importance d'un engagement véritable.

Recevez ici l'expression de ma plus profonde gratitude et de mon respect le plus sincère.

A tout le personnel paramédical du service de Rhumatologie du CHU Hassan

//

Votre accueil chaleureux, votre disponibilité au quotidien et votre bonne humeur constante ont créé un cadre de travail aussi agréable qu'enrichissant. Grâce à vous, cette expérience a été empreinte de bienveillance, de solidarité et de respect.

Recevez ici l'expression de ma profonde gratitude et de ma sincère reconnaissance.

SOMMAIRE

| | |
|---|-----------|
| SOMMAIRE | 1 |
| LISTE DES ABREVIATIONS | 5 |
| INTRODUCTION | 7 |
| PATIENTS ET METHODES | 9 |
| I. Patients :..... | 10 |
| 1. Type de l'étude : | 10 |
| 2. Critères d'inclusion : | 10 |
| II. Méthodes :..... | 10 |
| 1. Les données démographiques : | 10 |
| 2. Les antécédents personnels et les comorbidités associées : | 10 |
| 3. Les caractéristiques cliniques du PR :..... | 10 |
| 4. Données paracliniques : | 11 |
| 4.1. Bilan biologique..... | 11 |
| 4.2. Bilan radiologique..... | 12 |
| 5. Les critères d'évaluation de la maladie :..... | 12 |
| 5.1. Activité de la maladie : | 12 |
| 5.2. Retentissement fonctionnel : | 12 |
| 6. Donnée Thérapeutiques : | 12 |
| III. Analyse statistique : | 13 |
| RESULTATS | 14 |
| I. Etude descriptive :..... | 15 |
| 1. Données démographiques :..... | 15 |
| 1.1. Répartition selon l'âge :..... | 15 |
| 1.2. Répartition selon le sexe :..... | 15 |
| 2. Antécédents :..... | 16 |
| 3. Caractéristiques cliniques :..... | 17 |
| 3.1. Age de début de la PR :..... | 17 |

| | |
|--|----|
| 3.2. Durée d'évolution de la PR :..... | 17 |
| 3.3. Délai diagnostique de la PR :..... | 17 |
| 3.4. Déformations : | 18 |
| 4. Manifestations extra-articulaires :..... | 18 |
| 5. Caractéristiques radiologiques : | 18 |
| 5.1. Erosions : | 18 |
| 5.2. Coxite : | 19 |
| 6. Caractéristiques biologiques : | 19 |
| 6.1. Bilan inflammatoire : | 19 |
| 6.2. Bilan immunologique :..... | 19 |
| 7. Evaluation de la PR :..... | 20 |
| 7.1. Activité de la maladie : | 20 |
| 7.2. Retentissement fonctionnel : | 21 |
| 8. Caractéristiques thérapeutiques : | 22 |
| 8.1. Traitement symptomatique :..... | 22 |
| a. Corticoïdes :..... | 22 |
| b. Les anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS) :..... | 22 |
| 8.2. Traitement de fond :..... | 23 |
| a. Traitement de fond de synthèse conventionnel (CsDMARDs): | 23 |
| b. Traitements de fond biologiques (bDMARDs): | 24 |
| 9. Caractéristiques thérapeutiques des PR du sujet âgé :..... | 25 |
| 9.1. Traitement symptomatique :..... | 25 |
| a. Corticoïdes :..... | 25 |
| b. Les anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS) :..... | 25 |
| 9.2. Traitement de fond :..... | 26 |
| a. Traitement de fond de synthèse conventionnel (CsDMARDs): | 26 |
| b. Traitements de fond biologiques (bDMARDs): | 27 |

| | |
|---------------------------------|-----------|
| II. Etude analytique : | 28 |
| 1. Analyse bi-variée : | 28 |
| 2. Analyse multi-variée : | 30 |
| DISCUSSION | 31 |
| CONCLUSION | 42 |
| RESUMES | 44 |
| BIBLIOGRAPHIE | 47 |
| ANNEXES | 54 |

LISTE DES ABREVIATIONS

| | |
|-----------------|--|
| ACR | : American College of Rheumatology |
| ACPA | : Anticorps anti-peptide citrullinés |
| AINS | : Anti-Inflammatoire Non Stéroïdien |
| APS | : Anti-palludéens de synthèse |
| bDMARDs | : Biological Disease-Modifying Antirheumatic Drugs |
| CHU | : Centre hospitalier universitaire |
| CRP | : Protéine C-réactive |
| csDMARDs | : Conventional synthetic Disease-Modifying Antirheumatic Drugs |
| DAS 28 | : Disease Activity Score 28 |
| EORA | : Eldrly Onset Rheumatoid Arthritis |
| EULAR | : European League Against Rheumatism |
| FR | : Facteur rhumatoïde |
| HAQ | : Health Assessment Questionnaire |
| HTA | : Hypertension artérielle |
| MEA | : Manifestations extra-articulaires |
| MTX | : Méthotrexate |
| PR | : Polyarthrite rhumatoïde |
| SLZ | : Sulfasalazine |
| SMR | : Société Marocaine de rhumatologie |

SPSS : Statistical Package for the Social Sciences

TNF alpha : Tumor Necrosis Factor alpha

USA : United States of America

VS : Vitesse de sédimentation

YORA : Young Onset Rheumatoid Arthritis

INTRODUCTION

La polyarthrite rhumatoïde (PR) est le rhumatisme inflammatoire chronique le plus fréquent caractérisé par une inflammation chronique et une destruction de la membrane synoviale. (1)

La PR touche 0,5 à 1% de la population générale avec une prédominance féminine et un âge moyen d'apparition de la maladie variant entre 35 et 55 ans. (2)

L'incidence de la PR augmente avec l'âge avec un pic d'incidence entre la 4e et la 6e décennie. Avec l'augmentation de l'espérance de vie, on note une augmentation du nombre de patients âgés atteints de PR avec une prévalence de l'ordre de 2 % de la PR chez les sujets de plus de 60 ans.(3)

Dite polyarthrite rhumatoïde à début tardif ou EORA (Elderly-onset rheumatoid arthritis), elle survient après 60 ou 65 ans selon les études et présente souvent des caractéristiques distinctes par rapport aux formes plus jeunes, nécessitant des stratégies de prise en charge adaptées avec des précautions d'emploi lors de l'usage des différentes thérapeutiques.(4)

L'objectif de notre travail est de mettre en évidence les particularités thérapeutiques de la polyarthrite rhumatoïde du sujet âgé.

PATIENTS ET METHODES

I. Patients :

1. Type de l'étude :

Étude rétrospective sur une période de 12 ans incluant les patients atteints de polyarthrite rhumatoïde, entre Janvier 2011 et Décembre 2023 au service de rhumatologie de CHU HASSAN II de Fès.

2. Critères d'inclusion :

Ils sont inclus dans l'étude tous les patients présentant une PR répondant aux critères ACR 1987 et ACR EULAR 2010 (Annexes 1, 2), diagnostiqués, hospitalisés ou suivis au sein du service de rhumatologie du CHU Hassan II Fès.

II. Méthodes :

Le recueil des données était réalisé rétrospectivement à partir du logiciel Hosix du service de rhumatologie permettant de remplir une fiche d'exploitation relevant les éléments suivants :

1. Les données démographiques :

Elles concernent l'âge, le sexe.

2. Les antécédents personnels et les comorbidités associées :

Nous avons analysé les antécédents du tabagisme, d'hypertension artérielle, de diabète ainsi que les antécédents familiaux de PR.

3. Les caractéristiques cliniques du PR :

- L'âge de début de la maladie

- La durée d'évolution de la maladie
- Le délai diagnostique de la PR
- La présence de déformations
- Les complications de la maladie :
 - ▲ Ostéoarticulaires : ostéoporose, présence de coxite, luxation atloïdoaxoïdienne (LAA).
 - ▲ Cardiaques
 - ▲ Pulmonaires
 - ▲ Vasculaires
 - ▲ Oculaires
 - ▲ Rénales

4. Données paracliniques :

4.1. Bilan biologique

Les examens biologiques réalisés ont inclus :

- Le bilan inflammatoire : la VS (vitesse de sédimentation) et la CRP (C-reactive protein).
 - ▲ La CRP était considérée élevée lorsque son taux est supérieur à 6 mg/L.
 - ▲ La VS était considérée élevée si elle était supérieure à l'âge/2 chez l'homme ou si elle était supérieure à (l'âge+10) /2 chez la femme.
- Le bilan immunologique : Facteur rhumatoïde (FR), et anticorps anti-peptides citrullinés (anti-CCP ou ACPA).

4.2. Bilan radiologique

Les radiographies standards des mains et des pieds ont été réalisées chez tous nos patients pour mettre en évidence les signes radiologiques destructeurs la PR.

5. Les critères d'évaluation de la maladie :

5.1. Activité de la maladie :

L'activité de la PR évaluée par l'indice composite Disease Activity Score 28 (DAS 28) (Annexe 3) : selon ce score la PR est en rémission si le score DAS 28 est $< 2,6$; en faible activité si le score est compris entre 2,6 et 3,2 ; en activité modérée si le score est compris entre 3,2 et 5,1 ; en activité forte si le score est supérieur à 5,1.

5.2. Retentissement fonctionnel :

Le retentissement fonctionnel évalué par l'indice Health Assessment Questionnaire (HAQ) : selon ce score il existe un retentissement fonctionnel de la PR s'il est supérieur ou égal à 0,5 (Annexe 4).

6. Donnée Thérapeutiques :

Les différents traitements reçus par les patients ont été recueillis :

- Les traitements symptomatiques : La corticothérapie (Prednisone ou équivalent de Prednisone).
- Les traitements de fond conventionnels synthétiques dits conventional synthetic disease-modifying antirheumatic drugs (csDMARDs) :

▲ Méthotrexate (MTX), Slazopyrine (SLZ), Léflunomide, Antipaludéens de synthèse (APS).

- Les traitements de fond ciblés biologiques dits biological disease-modifying antirheumatic drugs (bDMARDs) pris séparément ou en association : Rituximab, Anti-TNF Alpha...

III. Analyse statistique :

Les données recueillies ont été saisies et codées sur Excel. Elles ont été traitées en utilisant le logiciel d'analyse statistique SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) version 23.

Nous avons réalisé une analyse descriptive de la population et des données recueillies.

Les variables qualitatives ont été recueillies et exprimées par leur effectif et leur pourcentage. Quant aux variables quantitatives, elles ont été décrites par leur moyenne et écart type.

Une analyse bivariée a été réalisée en utilisant le test de Student pour les variables quantitatives et le test de khi-2 de Pearson pour les variables qualitatives.

Nous avons comparé deux groupes : Le 1er groupe d'étude formé par des patients chez qui la maladie a débuté après l'âge de 65 ans et le 2ème groupe contrôle composé de patients suivis pour une PR dévoilée avant l'âge de 65 ans.

Dans tous les tests statistiques, une valeur de $p < 0.05$ était considérée comme significative et les intervalles de confiance ont été calculés à 95%.

Les résultats ont été rapportés sous forme de graphiques et de tableaux.

RESULTATS

I. Etude descriptive :

Dans notre étude, 376 patients atteints de PR étaient inclus.

1. Données démographiques :

1.1. Répartition selon l'âge :

L'âge moyen de nos patients était de $60,27 \pm 12,07$ ans [27 - 94].

1.2. Répartition selon le sexe :

Dans notre série, 86,2 % des patients étaient de sexe féminin alors que les hommes représentaient 13,8 % des patients (Figure 1).

Le sexe ratio Femme/Homme était de 6,23.

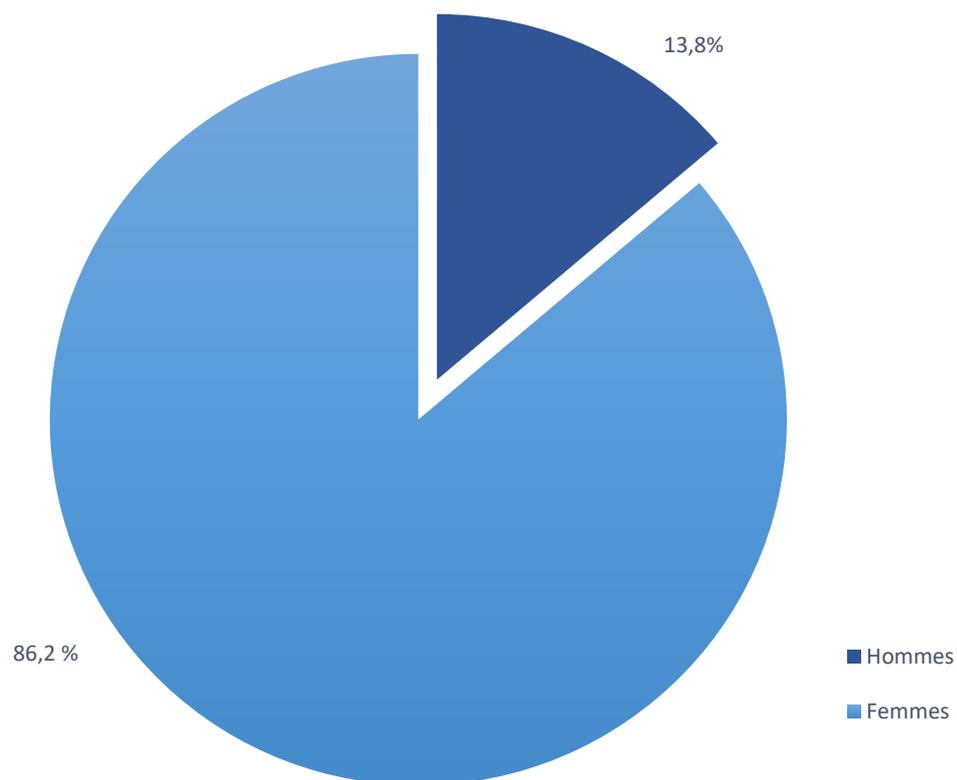


Figure 1 : Répartition des patients selon le sexe

2. Antécédents :

Dans notre série, 68 patients (18,1%) étaient diabétiques et 57 patients (15,2%) avaient une hypertension artérielle (HTA). On retrouvait un antécédent de tuberculose chez 24 patients (6,4%) ; 17 patients (4,5%) avaient un antécédent familial de PR (figure 2).

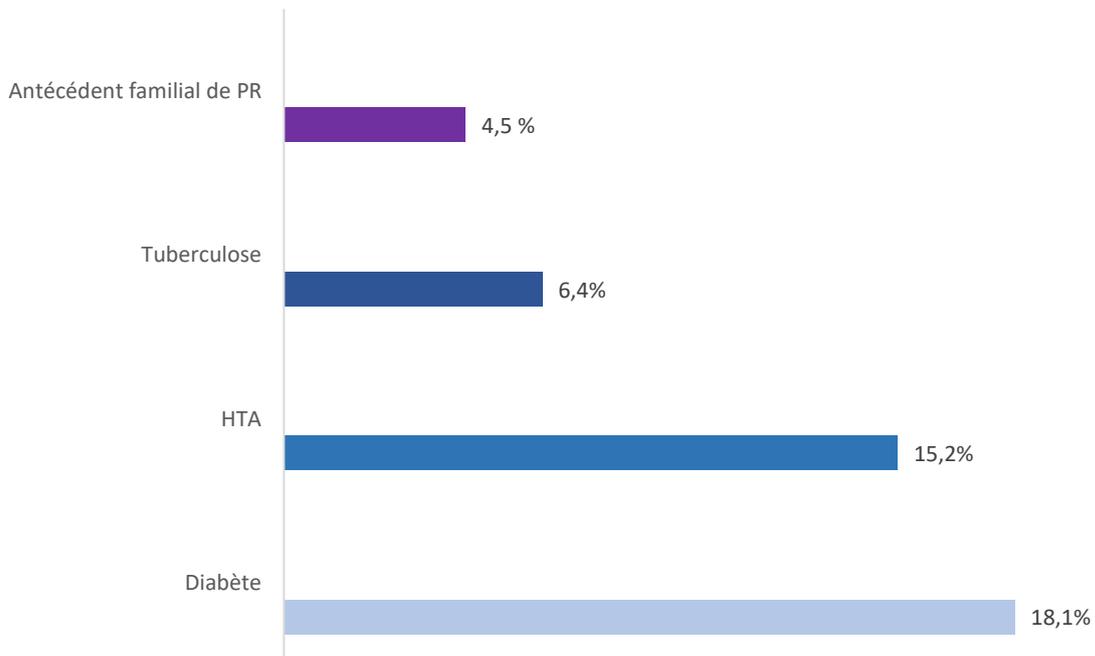


Figure 2 : Antécédents de patients

3. Caractéristiques cliniques :

3.1. Age de début de la PR :

L'âge moyen de début de la PR était de $43,55 \pm 13,30$ ans avec des extrêmes allant de 10 à 83 ans.

Le début tardif de la maladie (> 65 ans) a été noté chez 44 patients (11,4%) (Figure 3).

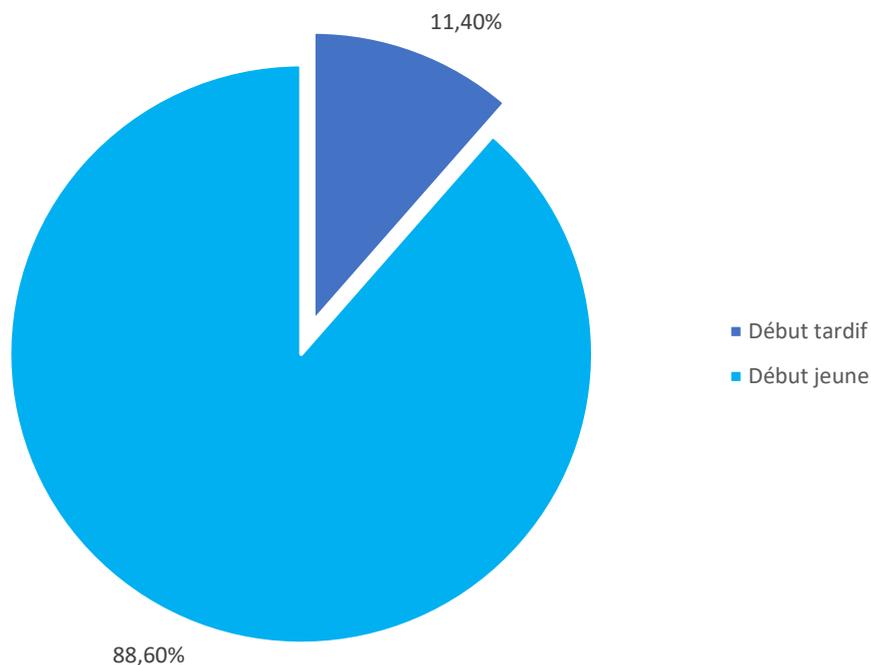


Figure 3 : Répartition des patients selon l'âge de début de la PR

3.2. Durée d'évolution de la PR :

La durée moyenne d'évolution de la PR était de $14,08 \pm 7,56$ ans [0 ,25–43].

3.3. Délai diagnostique de la PR :

Le délai diagnostique moyen de la PR était de $43,80 \pm 55$ mois [1–360].

3.4. Déformations :

La PR était déformante chez 245 patients (65,9%)

4. Manifestations extra-articulaires :

Dans notre série, 177 patients (48,1%) présentaient des manifestations extra articulaires. 34 patients présentaient un syndrome de Sjögren ce qui correspond à 9,1% de notre population. 27 patients présentaient une atteinte pulmonaire ce qui correspond à 7,7 % de notre échantillon et 30 patients avaient une atteinte cardiaque soit 8% (figure 4).

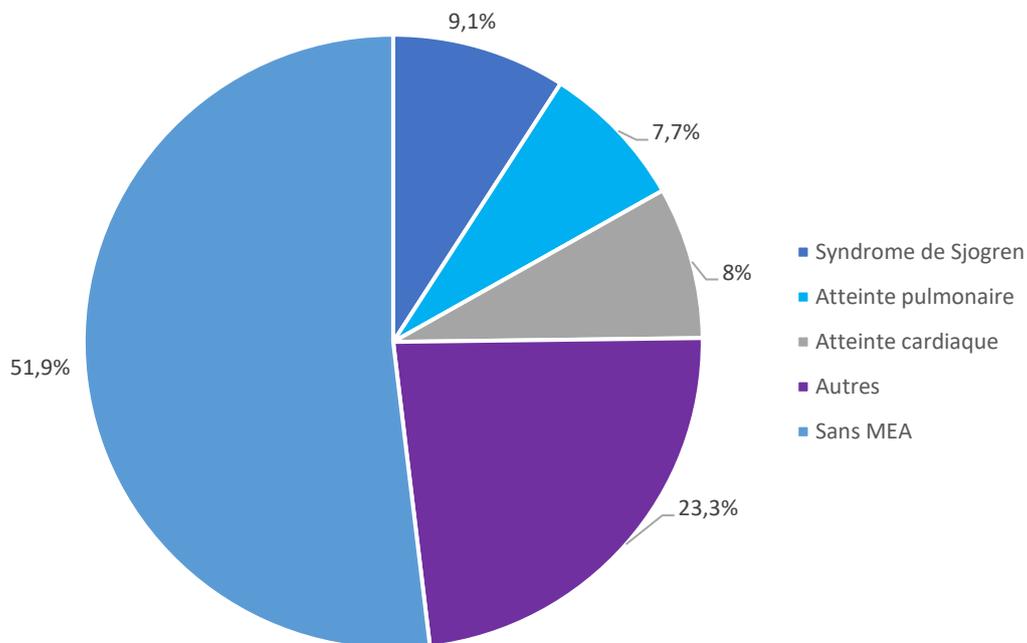


Figure 4 : Répartition des manifestations extra-articulaires.

5. Caractéristiques radiologiques :

5.1. Erosions :

La PR était érosive (sur radiographie ou sur échographie) chez 324 patients (86,2%).

5.2. Coxite :

40 patients ont développé une coxite soit 10,6 % de la population de l'étude.

6. Caractéristiques biologiques :

6.1. Bilan inflammatoire :

Dans notre série, le taux moyen de CRP était de $31,93 \pm 35,87$ mg/l avec des extrêmes allant de 1 à 247 mg/l. 289 patients (77,1%) présentaient un syndrome inflammatoire important.

6.2. Bilan immunologique :

Dans notre série, 306 patients (81,8%) avaient un taux de facteur rhumatoïde positif et 228 patients (61,3%) avaient un taux d'ACPA positif (figure 5).

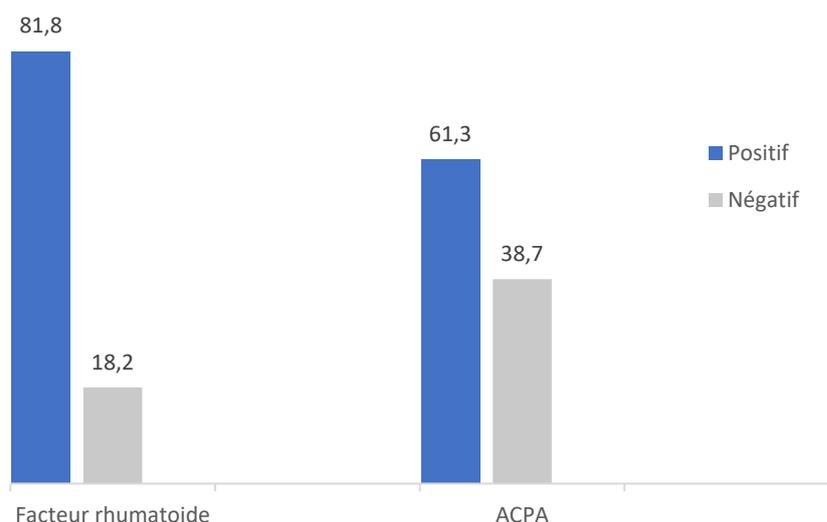


Figure 5 : Répartition des patients selon résultat du bilan immunologique

7. Evaluation de la PR :

7.1. Activité de la maladie :

L'activité moyenne de la PR évaluée avec l'indice composite DAS 28 CRP était de $5,3 \pm 2,6$ avec des extrêmes allant de 1 à 7,9. 217 patients (58,3%) avaient une activité forte, 118 patients (31,7%) avaient une activité modérée, 11 patients (3%) avaient une activité faible et 20 patients (5,4%) étaient en rémission (tableau1).

Tableau 1 : Répartition des patients atteints de PR selon l'activité de la maladie

| Activité de la PR | Nombre de patients | % |
|-------------------|--------------------|------|
| Rémission | 20 | 5,4 |
| Faible | 11 | 3 |
| Modérée | 118 | 31,7 |
| Sévère | 217 | 58,3 |

7.2. Retentissement fonctionnel :

Le score HAQ moyen était de $1,35 \pm 0,81$ avec des extrêmes de 0 à 3. 94 patients (25,9%) avaient un score HAQ inférieur ou égal à 0,5 et 269 patients (74,1%) avaient un score HAQ supérieur à 0,5 (figure 6).

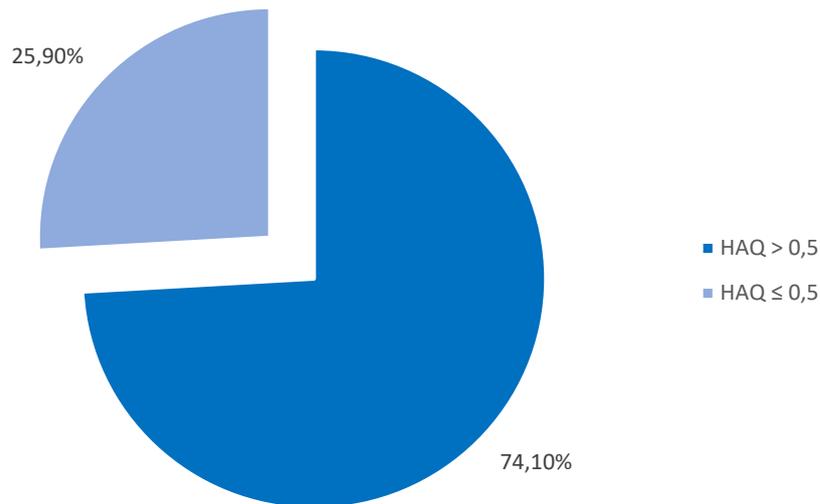


Figure 6 : Répartition des patients en fonction du score HAQ

8. Caractéristiques thérapeutiques :

8.1. Traitement symptomatique :

a. Corticoïdes :

Dans notre série, 307 patients (84,1%) étaient sous corticothérapie avec une durée moyenne de $4,03 \pm 4,23$ ans (figure 7).

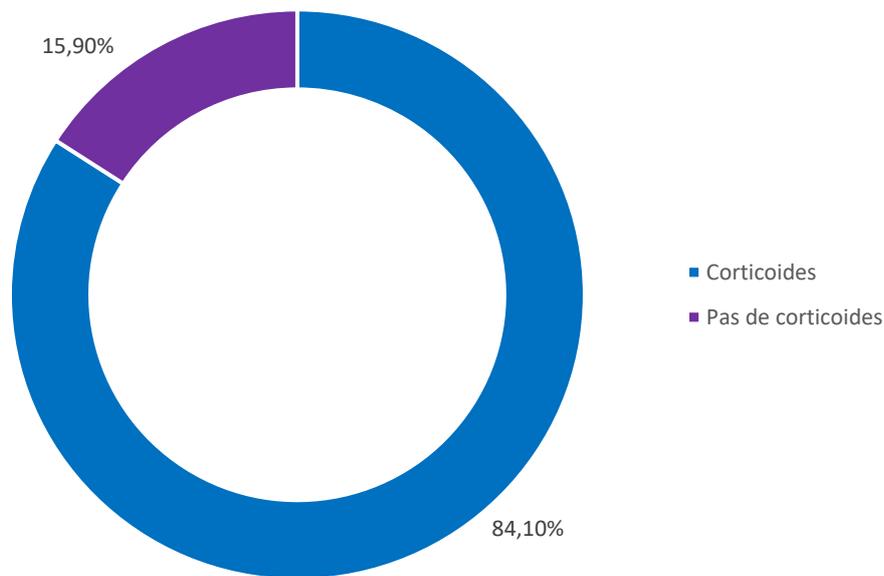


Figure 7 : Répartition des patients selon la prise de corticoïdes

b. Les anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS) :

185 patients avaient reçu un traitement symptomatique à base d'AINS soit 49,2%.

8.2. Traitement de fond :

a. Traitement de fond de synthèse conventionnel (CsDMARDs):

358 patients (96,8%) avaient reçu du méthotrexate, 106 patients (28,6%) avaient reçu de la sulfasalazine. 46 patients (12,4%) avaient une association de méthotrexate et sulfasalazine (figure 8).

La dose initiale moyenne du méthotrexate chez nos patients était de 15.2 mg/semaine, avec un écart type de 3.4 et un étendu de [7.5, 25mg].

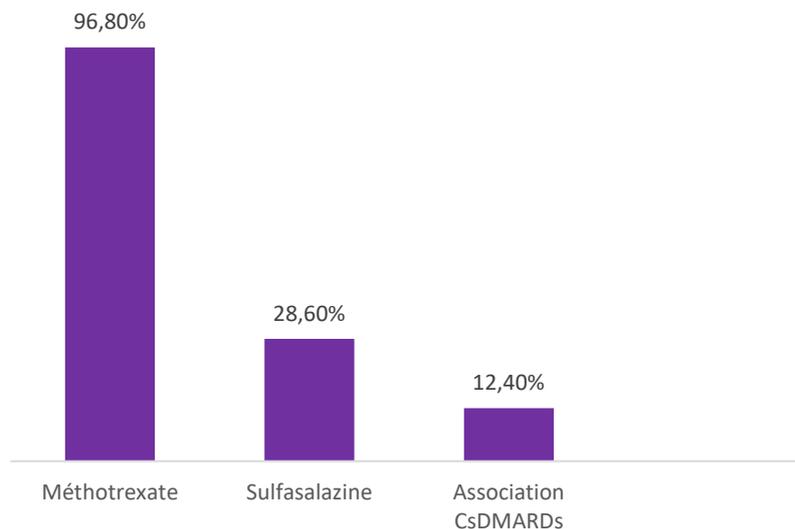


Figure 8 : Répartition des patients selon le traitement de fond classique.

b. Traitements de fond biologiques (bDMARDs):

136 patients (36,8%) avaient reçu un traitement biologique dont 30,3% (n=112) avaient reçu un traitement par Rituximab, 5,4% (n=20) avaient reçu un traitement par Tocilizumab et 3,8% (n=14) avaient reçu un traitement par un anti-TNF alpha (figure 9).

87 patients (23,5%) avaient une association d'un traitement de fond classique et biologique.

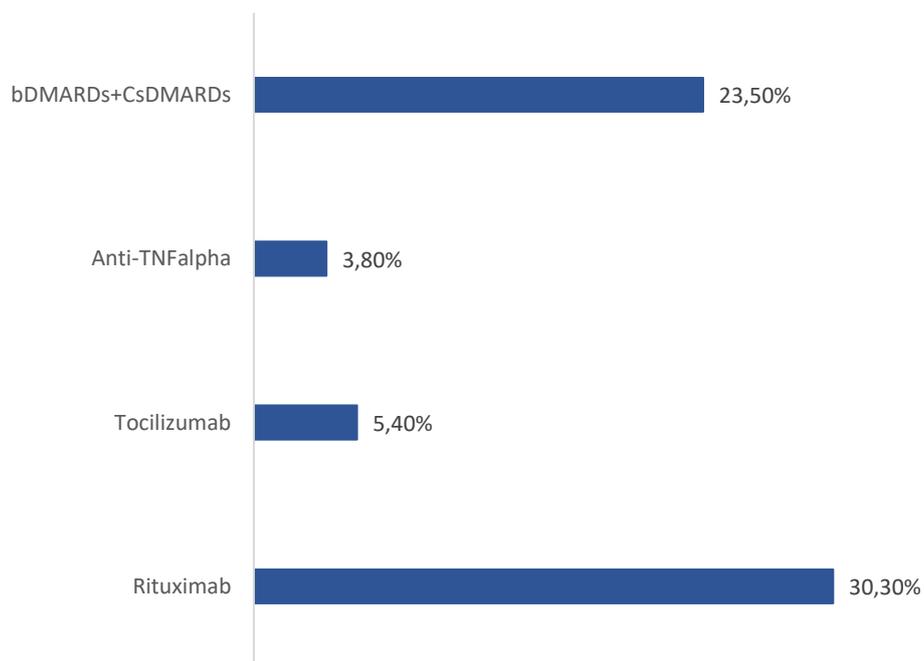


Figure 9 : Répartition des patients selon le traitement de fond biologique

9. Caractéristiques thérapeutiques des PR du sujet âgé :

9.1. Traitement symptomatique :

a. Corticoïdes :

Dans notre série, 32 patients (72,7%) étaient sous corticothérapie avec une durée moyenne de $2,17 \pm 2,14$ ans (figure 10).

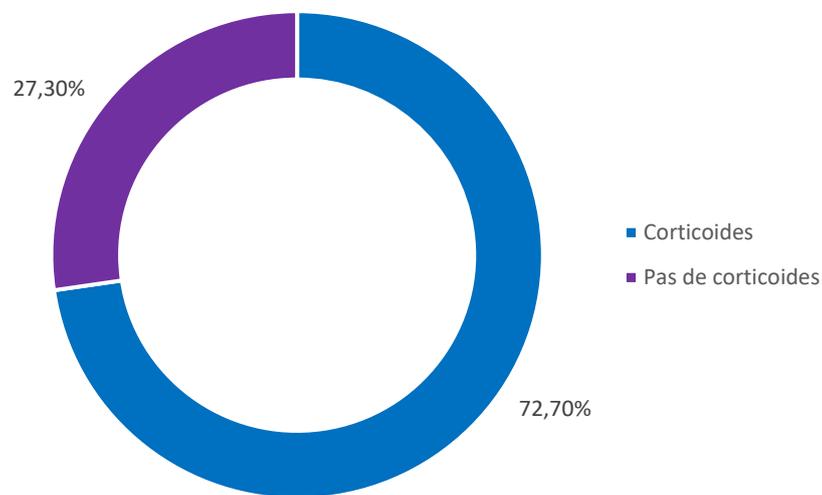


Figure 10 : Répartition des patients ayant une PR à début tardif en fonction de la prise de corticoïdes

b. Les anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS) :

18 patients avaient reçu un traitement symptomatique à base d'AINS soit 40,9%.

9.2. Traitement de fond :

a. Traitement de fond de synthèse conventionnel (CsDMARDs):

39 patients (88,6%) avaient reçu du méthotrexate, 7 patients (15,9%) avaient reçu de la sulfasalazine. 5 patients (11,3%) avaient une association de méthotrexate et sulfasalazine (figure 11).

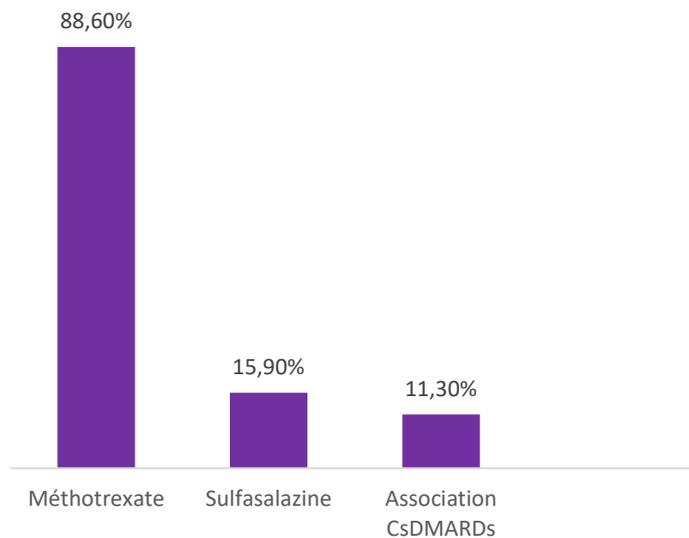


Figure 11 : Répartition des patients ayant une PR à début tardif en fonction du traitement de fond classique

b. Traitements de fond biologiques (bDMARDs):

8 patients (18,1%) avaient reçu un traitement biologique dont 11,3% avaient reçu un traitement par Rituximab (n=5), 2,2% avaient reçu un traitement par Tocilizumab (n=1) et 4,5% avaient reçu un traitement par un anti-TNF alpha (n=2). 4 patients (9%) avaient une association d'un traitement de fond classique et biologique (figure 12).

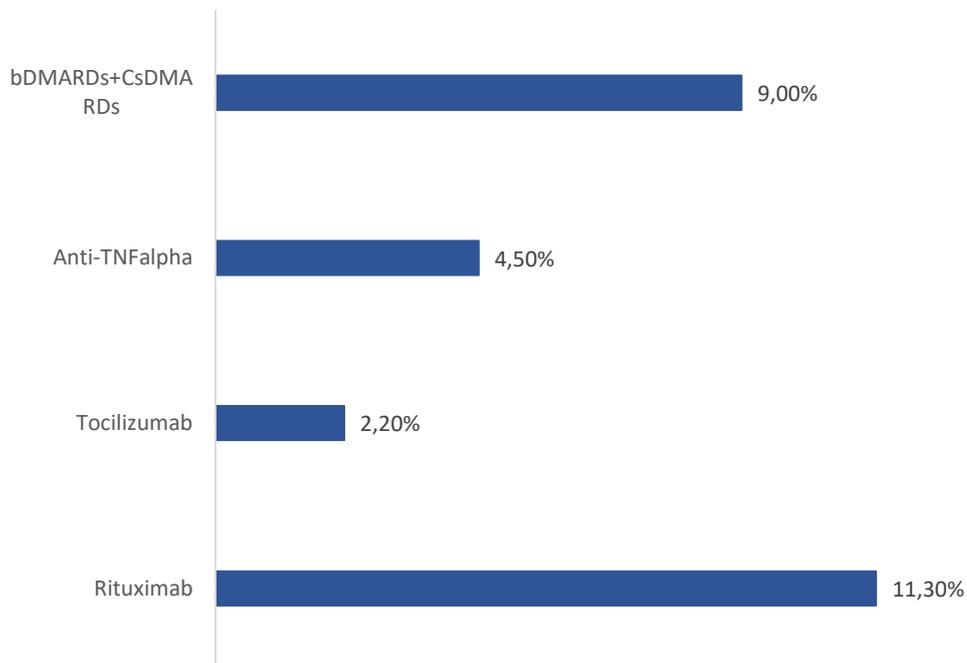


Figure 12 : Répartition des patients ayant une PR à début tardif en fonction du traitement de fond biologique.

II. Etude analytique :

1. Analyse bi-variée :

Nous avons réalisé une analyse bi-variée qui consistait à comparer les paramètres thérapeutiques recueillis entre le groupe de patients ayant une PR à début tardif et le groupe de patients ayant une PR à début non tardif afin de déterminer s'il existe un lien significatif entre l'âge de début de la polyarthrite rhumatoïde et les différents paramètres recueillis concernant les modalités thérapeutiques.

Dans notre population étudiée, Il n'existait pas de différence significative entre les 2 groupes concernant la prescription de corticoïdes ($p=0,689$) et la prescription des AINS ($p=0,306$) alors que le groupe de patients de PR à début tardif se caractérisait par une durée moyenne de prise de corticoïdes plus courte que le groupe contrôle ($p=0,013$).

Concernant les traitements de fond conventionnels, il n'y avait pas de différence significative quant au recours au méthotrexate ($p=0,808$) et à la sulfasalazine ($p=0,180$).

Par ailleurs, une différence significative a été observée entre les deux groupes concernant les traitements de fond biologiques, avec un recours moins fréquent, notamment au Rituximab, dans le groupe des PR à début tardif ($p=0,010$).

Tableau 2 : Analyse bivariée des caractéristiques thérapeutiques des patients.

| Variables | PR à début tardif (n=44) | PR à début non tardif (n=332) | P-Value |
|---|-----------------------------|----------------------------------|---------------------|
| Corticoides (n) | 32 | 274 | 0,689 |
| Durée moyenne de corticoïdes (moyenne+/- écart type,an) | 2,17+/-2,14 | 4,265+/-4,38 | <u>0,013</u> |
| AINS (n) | 18 | 167 | 0,306 |
| Méthotrexate (MTX) (n) | 39 | 319 | 0,808 |
| Sulfasalazine (SLZ) (n) | 7 | 99 | 0,180 |
| bDMARD (n) | 8 | 128 | <u>0,010</u> |
| Anti-TNF alpha (n) | 2 | 12 | 0,910 |
| Rituximab (n) | 5 | 106 | <u>0,010</u> |
| Association 2 CDMARDs (n) | 5 | 41 | 0,930 |
| Association b+CDMARDs (n) | 4 | 83 | <u>0,007</u> |

2. Analyse multi-variée :

En ajustant sur les facteurs confondants, l'analyse multi-variée par méthode de régression logistique binaire n'a identifié aucune particularité thérapeutique spécifique de la polyarthrite rhumatoïde chez le sujet âgé dans notre contexte.

DISCUSSION

La PR est le rhumatisme inflammatoire chronique le plus fréquent chez l'adulte avec une prévalence autour de 0,5 à 1 %. L'incidence de la PR augmente avec l'âge, atteignant un pic entre la 4e et la 6e décennie de vie (5).

Cette tendance est particulièrement préoccupante dans le contexte actuel, où l'espérance de vie continue d'augmenter dans les pays occidentaux. En conséquence, on observe une augmentation notable du nombre de patients âgés atteints de PR. Des études épidémiologiques estiment qu'environ 2 % des personnes de plus de 60 ans sont touchées par cette maladie auto-immune (6) (7).

Dite PR à début tardif ou EORA (Elderly-onset rheumatoid arthritis), est le plus fréquent des rhumatismes du sujet âgé et son incidence a tendance à augmenter. Elle survient après 60 ou 65 ans selon les études (4) . On ne note plus de prédominance féminine franche, avec un sexe ratio autour de 1,5 à 2 contre 4 à 4,5 pour les PR du sujet jeune.

Dans notre étude, le début tardif de la PR a été objectivée chez 11,4% des patients.

Une méta-analyse indique que la prévalence de la PR dans la population générale varie entre 0,24 % et 1 %, et que la PR à début tardif représente environ 12 % des cas, bien que ce chiffre puisse atteindre jusqu'à 25 % dans certaines populations étudiées (8) (9), comme le montre les résultats d'une cohorte américaine (10) (11) .

Le diagnostic des PR à début tardif présente beaucoup de difficultés dues aux présentations atypiques responsables de retard ou d'erreurs diagnostiques.

Les stratégies thérapeutiques dans la PR ont évolué au cours de la dernière décennie. De nouveaux critères de classifications pour la PR ont été définis (12). Ce qui a permis au rhumatologue de saisir une fenêtre d'opportunité qui a permis de contrôler la PR au stade de début. Ainsi, de nouvelles informations sur les objectifs thérapeutiques ont été précisées, tel le concept « Treat to target » (T2T) qui a ciblé la rémission persistante la plus soutenue possible ou à défaut, une faible activité de la maladie (LDA) comme une meilleure alternative possible (13) (14) . De même, de nouveaux algorithmes et stratégies thérapeutiques émanant des sociétés savantes (American College of Rheumatology, European League Against Rheumatism et Société française de Rhumatologie) ont été développés et de nouvelles stratifications des traitements de fond synthétiques ont été établies (15) (16) .

La prise en charge d'un patient atteint de PR doit être globale, optimal, et pluridisciplinaire, s'attachant à prendre en charge les différentes manifestations de la maladie, les comorbidités et également les dimensions psycho-sociales. Cette prise en charge fait appel à des moyens non pharmacologiques (information, éducation, rééducation) et des moyens pharmacologiques (traitements conventionnels, biomédicaments, petites molécules, corticoïdes, AINS, infiltrations...) et exceptionnellement la chirurgie.

La mise à jour 2022 des recommandations de la SMR pour la prise en charge de la PR reflète l'équilibre entre l'efficacité (clinique, fonctionnelle et structurale), la tolérance, le coût ainsi que et les perceptions des patients (17) (18) .

La prise en charge des PR à début tardif est compliquée du fait que la population gériatrique est particulièrement plus exposée aux complications iatrogènes, et contrairement aux idées reçues, l'âge en soi n'est pas le facteur de risque essentiel d'iatrogénie (19) . Une enquête de pharmacovigilance avait montré que la fréquence des effets indésirables augmentait avec l'âge (20) . En fait, le nombre de pathologies, augmentant avec l'âge, induit souvent une polymédication qui est associée de manière significative à la survenue d'effets indésirables (20) . Le risque d'effets indésirables augmente de manière exponentielle en fonction du nombre de médicaments administrés et les interactions médicamenteuses sont considérées comme responsables de 15 à 20 % des effets indésirables (21).

La plupart des auteurs s'accordent à considérer que la fragilité du sujet est un facteur de risque d'iatrogénie plus important que l'âge. Certains, cependant, gardent ce critère de l'âge en postulant qu'après 85 ans, la proportion de sujets fragiles devient d'une telle importance qu'elle peut se confondre avec celle de cet âge (20) . D'autres facteurs d'iatrogénie sont souvent en cause : automédication, mauvaise lisibilité des ordonnances, confusion dans la prise des traitements, mauvaise coordination entre les prescripteurs, prescriptions potentiellement inappropriées et mauvaise observance (22).

Les résultats de notre étude montrent qu'il n'y a pas de différence significative entre la PR à début tardif et non tardif en ce qui concerne la prescription de corticoïdes ($p=0,689$) et d'AINS ($p=0,306$). Ces résultats sont cohérents avec certaines études internationales. Par exemple, le registre américain CORRONA (23) , qui a analysé 9381 patients atteints de PR, dont

2101 ayant développé la maladie après 60 ans, a révélé une utilisation plus fréquente des corticoïdes chez ces derniers par rapport aux sujets jeunes. Une tendance similaire a été observée dans la cohorte suisse SCQM (Swiss Clinical Quality Management in Rheumatic Diseases) (24) , où les patients atteints de PR à début tardif recevaient plus souvent des corticoïdes (tableau 3).

Tableau 3: comparaison de la prescription de corticoïdes selon les séries

| Etude (année de publication) | Pays | Taille de l'échantillon/EORA (n) | EORA | YORA | P |
|------------------------------------|--------|--|------|------------|--------|
| CORRONA (2007)(23) | USA | 9381 / 2101 | 41% | 37,64 % | 0,025 |
| SCQM (2013)(24) | Suisse | 592 / 226 | 68% | 25,4% | 0,0001 |
| Notre étude (2024) | Maroc | 376/44 | 72% | 82,5% | 0,689 |

Les glucocorticoïdes prescrits à faible dose (7,5 mg à 10 mg/j d'équivalent prednisone) augmentent les taux de rémission et diminuent à moyen terme le risque d'évolution structurale dans la PR débutante (25) (26).

Ils exposent toutefois les patients au risque de complications multiples mettant en jeu le pronostic vital des patients âgés soit par la décompensation des comorbidités sous-jacentes Le risque infectieux notamment est augmenté même avec les faibles doses et persiste plusieurs mois après l'arrêt de

glucocorticoïdes (27). Ils sont privilégiés aux AINS en traitement symptomatique des poussées chez les patients âgés mais la prescription doit être si possible limitée dans le temps (28) .

Concernant les traitements de fonds, le méthotrexate demeure le traitement de choix, même pour les personnes de plus de 60 ans, et son efficacité dans cette tranche d'âge a été largement démontrée. Toutefois, sa tolérance est souvent réduite chez ces patients, avec 30 à 50 % d'entre eux rapportant des effets indésirables (29) .

Le principal risque chez cette population est l'augmentation du risque de toxicité hépatique, hématologique ou pulmonaire, due à l'accumulation des métabolites du méthotrexate. Cela résulte fréquemment d'une diminution de la filtration glomérulaire, d'une malnutrition, ou encore d'une hypoalbuminémie causée par un syndrome inflammatoire.

Certains experts recommandent de commencer le traitement avec une dose entre 2,5 et 7,5 mg/semaine, en l'augmentant progressivement jusqu'à un maximum de 12,5 mg/semaine si la clairance est comprise entre 25 et 60 mL/min (30). De plus, en raison des carences fréquentes chez les patients âgés, il est essentiel d'associer systématiquement une supplémentation en acide folique.

Les particularités thérapeutiques de la polyarthrite rhumatoïde du sujet âgé

| Etude (Année de publication) | Pays | Taille de l'échantillon/EORA (n) | MTX | | | Biothérapie | | |
|------------------------------------|--------|--|-------|-------|-------|-------------|-------|---------|
| | | | EORA | YORA | P | EORA | YORA | P |
| CORRONA (2007) | USA | 9381 / 2101 | 59,6% | 63,9% | 0,005 | 25% | 33,1% | 0,000 |
| ANSWER (2020) | JAPAN | 7183/2815 | 57,8% | 64,4% | 0,05 | 18,3% | 28% | <0,001 |
| SCQM (2013) | Suisse | 592 / 226 | - | - | - | 6,6% | 14,1% | <0,0001 |
| Notre étude (2024) | Maroc | 376/ 44 | 88,6% | 96% | 0,808 | 18,1% | 38,5% | 0.010 |

Dans notre série, le méthotrexate a été prescrits chez 39 patients ayant une PR à début tardif, et chez 319 patients ayant une PR non tardive, mais sans différence significative entre les deux groupes ($p=0,808$). Les résultats du registre américain CORONA (23) avaient montré que le pourcentage de patients sous méthotrexate était plus élevé dans le groupe des PR à début tardif. Concernant le recours à la biothérapie dans notre étude, il était plus important dans le groupe de patients ayant une PR à début non tardif (128 patients) que dans le groupe de PR à début tardif (8 patients) avec une différence significative entre les deux groupes ($p=0,010$).

La cohorte japonaise ANSWER (31), qui a analysé un total de 7 183 patients, dont 2 815 ont été identifiés comme ayant une polyarthrite rhumatoïde à début tardif avait montré que l'utilisation des biothérapies était significativement plus faible chez les patients EORA par rapport à ceux ayant une polyarthrite rhumatoïde à début précoce ($p<0,001$). Les mêmes résultats ont été démontré pour le registre CORONA (23) et la cohorte suisse SCQM (24) (Tableau 4).

Tableau 4 : Comparaison de la prescription des traitements de fond selon les séries

| Etude (Année de publicati on) | Pays | Taille de l'échantillon/ EORA (n) | MTX | | | Biothéra pie | | |
|---|------------|---|-----------|-----------|-----------|-----------------|-------|-------------|
| | | | EOR A | YOR A | P | EOR A | YORA | P |
| CORRON A (2007) | USA | 9381 / 2101 | 59, 6% | 63, 9% | 0,0 05 | 25% | 33,1% | 0,000 |
| ANSWER (2020) | JAPA N | 7183/2815 | 57, 8% | 64, 4% | 0,0 5 | 18, 3% | 28% | <0,00 1 |
| SCQM (2013) | Suis se | 592 / 226 | - | - | - | 6,6 % | 14,1% | <0,00 01 |
| Notre étude (2024) | Mar oc | 376/ 44 | 88, 6% | 96% | 0,8 08 | 18, 1% | 38,5% | 0.010 |

Plusieurs registres ont évalué l'impact de l'âge sur la réponse thérapeutique aux agents biologiques (bDMARDs pour biologic Disease-Modifying Anti-Rheumatic Drugs), y compris une étude basée sur les données du registre marocain des biothérapies (RBSMR)(32). Les résultats de cette étude ont démontré que les sujets âgés dans ce registre ont une bonne réponse et tolérance vis-à-vis de la biothérapie.

Les mêmes constats ont été rapportés dans la cohorte japonaise ANSWER (31), chez les patients atteints de polyarthrite rhumatoïde (PR) initiant un traitement par biothérapie (bDMARD), l'efficacité clinique et biologique, après 48 semaines, était comparable entre les patients ayant une PR à début tardif et ceux ayant une PR à début précoce.

Les anti-TNF alpha ont une efficacité sensiblement comparable lorsqu'on compare les sujets jeunes aux sujets de plus de 60 ans en prenant les critères de réponse classique (ACR20, ACR50) (33) (34). Les données d'efficacité et de tolérance sont rarement disponibles dans les essais thérapeutiques chez les sujets de plus de 75 ans.

Les antiTNF alpha sont largement étudiés chez les personnes âgées, en raison de leur long historique d'utilisation. Toutefois, les données des registres révèlent que le risque d'infections est plus élevé chez les personnes âgées traitées par biothérapies (bDMARDs) par rapport aux plus jeunes. Chez les patients âgés, l'administration d'anti-TNF entraîne une augmentation d'environ 20 % du risque d'infections. De plus, plusieurs études basées sur des registres ont suggéré que l'utilisation de récepteurs solubles du TNF, comme l'éta nercept, pourrait présenter un risque infectieux inférieur à celui de

certaines anticorps monoclonaux ciblant le TNF, tels que l'infliximab ou l'adalimumab (35) (36) .

Les autres effets indésirables chez les personnes âgées sont généralement similaires, voire légèrement accrus, par rapport aux plus jeunes. Cette augmentation est davantage due à l'âge avancé, aux comorbidités associées et à l'activité plus marquée de la maladie rhumatismale plutôt qu'à l'effet des traitements immunosuppresseurs eux-mêmes. Les contre-indications pour ces traitements restent comparables à celles appliqués pour les patients plus jeunes (37) .

CONCLUSION

La PR du sujet âgé où à début tardif est une situation fréquemment rencontrée en pratique courante et qui pose des problèmes de diagnostic et de prise en charge.

Si sa présentation clinique peut être différente, son pronostic est aussi mauvais dans cette classe d'âge, et elle doit bénéficier d'un traitement aussi agressif, avec les mêmes objectifs stricts de rémission, que chez un patient plus jeune.

Bien que les différents traitements aient prouvé leur efficacité chez cette tranche d'âge, une évaluation régulière du niveau de tolérance est primordiale afin d'améliorer le pronostic et diminuer la morbidité.

Notre étude montre que l'utilisation des bDMARDs est moins fréquente chez les patients ayant une PR à début tardif alors que l'utilisation de glucocorticoïdes est plus répandue chez cette population.

Les résultats de notre travail viennent combler un manque de données concernant les attitudes thérapeutiques au cours de la PR à début tardif chez la population marocaine et insister sur l'intérêt de stratégies de contrôle serré par objectif qui sont adaptées à la PR du sujet âgé dans le but de limiter l'utilisation de glucocorticoïdes au long cours, principal facteur de complications cardiovasculaires et infectieuses, majorant le risque de fracture ostéoporotiques.

RESUMES

Résumé

Objectifs :

La prévalence de la polyarthrite rhumatoïde (PR) du sujet âgé est en augmentation, notamment du fait du vieillissement de la population.

L'objectif de ce travail est d'étudier les particularités thérapeutiques chez cette population.

Patients et méthodes :

Étude rétrospective sur une période de 12 ans (Janvier 2011 à Décembre 2023) incluant des patients atteints de PR et répondant aux critères ACR/EULAR. Deux groupes ont été comparés : PR à début tardif (début après 65 ans) début non tardif.

Résultats

376 patients ont été inclus répartis en 86,2% femmes et 13,8 % hommes avec un sexe ratio F/H de 6,23. L'âge moyen était de $60,27 \pm 12,07$ ans avec une durée moyenne d'évolution de la maladie de $14,08 \pm 7,56$ ans. La PR était séropositive dans 89,6%, déformante dans 65,9 % et érosive dans 86,2% des cas. Le FR était positif dans 81,8 % et les ACPA dans 61,3% des cas. Le début tardif de la maladie a été noté chez 11,4%.

Sur le plan thérapeutique, 84,1% étaient sous corticoïdes avec une durée moyenne de $4,03 \pm 4,23$. Concernant le traitement de fond, 96,8% des patients étaient sous méthotrexate, 28,6% sous salazopyrine et 36,8% des patients étaient sous traitement biologique (30,3% sous Rituximab (n=112), 3,8% sous anti-TNF alpha (n=14).

En analyse bivariée, il y avait moins de recours aux biothérapies, spécifiquement le Rituximab, chez les PR à début tardif ($p=0,010$).

Conclusion :

Le traitement de la polyarthrite rhumatoïde (PR) chez le sujet âgé notamment par biothérapie est rendu plus difficile par la présence de pathologies associées et par l'augmentation des effets secondaires.

BIBLIOGRAPHIE

1. Morel J, Combe B. Polyarthrite rhumatoïde. *L A R E V U E D U P R A T I C I E N* / 2 0 0 6 : 5 6.
2. Pillon F, Michiels Y. Épidémiologie et physiopathologie de la polyarthrite rhumatoïde. *Actualites Pharmaceutiques*. 2013 Dec;52(531 SUPPL):1-2.
3. Ruysen-Witrand A, Résumé M. La polyarthrite rhumatoïde du sujet âgé Rheumatoid arthritis in elderly. 2019.
4. Mueller RB, Kaegi T, Finckh A, Haile SR, Schulze-koops H, Von kempis J. Is radiographic progression of late-onset rheumatoid arthritis different from young-onset rheumatoid arthritis? Results from the swiss prospective observational cohort. *Rheumatology (United Kingdom)*. 2014 Apr;53(4):671-7.
5. Kvien TK. Epidemiology and Burden of Illness of Rheumatoid Arthritis. Vol. 22, *Pharmacoeconomics*. 2004.
6. Rasch EK, Hirsch R, Paulose-Ram R, Hochberg MC. Prevalence of rheumatoid arthritis in persons 60 years of age and older in the United States: Effect of different methods of case classification. *Arthritis Rheum*. 2003 Apr 1;48(4):917-26.
7. Almutairi KB, Nossent JC, Preen DB, Keen HI, Inderjeeth CA. The prevalence of rheumatoid arthritis: A systematic review of population-based studies. Vol. 48, *Journal of Rheumatology*. *Journal of Rheumatology*; 2021. p. 669-76.
8. Almutairi K, Nossent J, Preen D, Keen H, Inderjeeth C. The global prevalence of rheumatoid arthritis: a meta-analysis based on a systematic review. *Rheumatol Int*. 2021 May 1;41(5):863-77.

9. Matsui T, Yoshida T, Nishino T, Yoshizawa S, Sawada T, Tohma S. Trends in treatment for patients with late-onset rheumatoid arthritis in Japan: Data from the Ninja study. *Mod Rheumatol*. 2024 Sep 1;34(5):881–91.
10. Pavlov-Dolijanovic S, Bogojevic M, Nozica-Radulovic T, Radunovic G, Mujovic N. Elderly-Onset Rheumatoid Arthritis: Characteristics and Treatment Options. Vol. 59, *Medicina (Lithuania)*. Multidisciplinary Digital Publishing Institute (MDPI); 2023.
11. Köller MD, Aletaha D, Funovits J, Pangan A, Baker D, Smolen JS. Response of elderly patients with rheumatoid arthritis to methotrexate or TNF inhibitors compared with younger patients. *Rheumatology*. 2009;48(12):1575–80.
12. Villeneuve E, Nam J, Emery P. 2010 ACR–EULAR classification criteria for rheumatoid arthritis. *Rev Bras Reumatol [Internet]*. 2010 Oct;50(5):481–3. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21125184>
13. Ghazi M, Kherrab A, Niamane R. *Revue Marocaine de Rhumatologie* Rheumatoid arthritis management : Rheumatologists practice modalities in Morocco [Internet]. Available from: www.smr.ma
14. Ghazi M, Kherrab A, Niamane R. *Revue Marocaine de Rhumatologie* Rheumatoid arthritis management : general practitioners practice modalities in Morocco. Available from: www.smr.ma
15. Fraenkel L, Bathon JM, England BR, St.Clair EW, Arayssi T, Carandang K, et al. 2021 American College of Rheumatology Guideline for the Treatment of Rheumatoid Arthritis. *Arthritis Care Res (Hoboken)*. 2021 Jul 1;73(7):924–39.

16. Daien C, Hua C, Gaujoux-Viala C, Cantagrel A, Dubremetz M, Dougados M, et al. Update of French society for rheumatology recommendations for managing rheumatoid arthritis. *Joint Bone Spine*. 2019 Mar 1;86(2):135–50.
17. Mounach A, Ghozlani I, Rezqi A, Maghraoui A El. D O S S I E R Revue Marocaine de Rhumatologie Les traitements symptomatiques et de fond classiques de la polyarthrite rhumatoïde Symptomatic and disease modifying anti-rheumatic drugs in rheumatoid arthritis [Internet]. Available from: www.smr.ma
18. Oulkadi L, Rostom S, Hmamouchi I, El Hassani Sbai S, El Binoune I, Amine B, et al. Prevalence of latent tuberculosis before biotherapy initiation in rheumatoid arthritis and spondyloarthritis: data from the Moroccan biotherapy registry. *Rheumatol Int*. 2021 Sep 1;41(9):1625–31.
19. Bernabei R, Sgadari A. Is Age an Independent Risk Factor of Adverse Drug Reactions in Hospitalized Medical Patients?*. *J Am Geriatr Soc*. 1991;39(11):1093–9.
20. Ankri J. Iatrogenic drug risk in elderly patients. *Gerontologie et Societe*. 2002;103(4):93–106.
21. Doucet J, Chassagne P, Trivalle C, Landrin I, Pauty MD, Kadri N, et al. Drug–drug interactions related to hospital admissions in older adults: A prospective study of 1000 patients. *J Am Geriatr Soc*. 1996;44(8):944–8.
22. Verlhac B, Le Quintrec JL, Cadet C. Points to consider in the management of old rheumatologic patients. Vol. 86, *Revue du Rhumatisme Monographies*. Elsevier Masson s.r.l.; 2019. p. 159–63.

23. Tutuncu Z, Reed G, Kremer J, Kavanaugh A. Do patients with older-onset rheumatoid arthritis receive less aggressive treatment? *Ann Rheum Dis.* 2006 Sep;65(9):1226–9.
24. Genevay S, Finckh A, Ciurea A, Chamot AM, Kyburz D, Gabay C. Tolerance and effectiveness of anti-tumor necrosis factor α therapies in elderly patients with rheumatoid arthritis: A population-based cohort study. *Arthritis Care Res (Hoboken).* 2007 May 15;57(4):679–85.
25. Jwj B. Effects of glucocorticoids on radiological progression in rheumatoid arthritis (Review) [Internet]. 2009. Available from: <http://www.thecochranelibrary.com>
26. Svensson B, Ahlmén M, Forslind K, Svensson B, Ahlmén M, Forslind K, et al. Treatment of early RA in clinical practice: A comparative study of two different DMARD/corticosteroid options Outcome of two years treatment of early RA / B. Svensson et al. 328. Vol. 21, *Clinical and Experimental Rheumatology.* 2003.
27. Black RJ, Lester S, Buchbinder R, Barrett C, Lassere M, March L, et al. Factors associated with oral glucocorticoid use in patients with rheumatoid arthritis: A drug use study from a prospective national biologics registry. *Arthritis Res Ther.* 2017 Nov 15;19(1).
28. Ruysse-Witrand A. Rheumatoid arthritis in elderly. Vol. 86, *Revue du Rhumatisme Monographies.* Elsevier Masson SAS; 2019. p. 183–9.
29. Jin XM, Lee J, Choi NK, Seong JM, Shin JY, Kim YJ, et al. Utilization patterns of disease-modifying antirheumatic drugs in elderly rheumatoid arthritis patients. *J Korean Med Sci.* 2014;29(2):210–6.

30. Karie S, Gandjbakhch F, Janus N, Launay-Vacher V, Rozenberg S, Mai Ba CU, et al. Kidney disease in RA patients: Prevalence and implication on RA-related drugs management: The MATRIX study. *Rheumatology*. 2008 Mar;47(3):350-4.
31. Jinno S, Onishi A, Dubreuil M, Akashi K, Hashimoto M, Yamamoto W, et al. Comparison of the efficacy and safety of biologic agents between elderly-onset and young-onset RA patients: the ANSWER cohort study. *Rheumatol Int*. 2020 Dec 1;40(12):1987-95.
32. Ben Tekaya A, Boussaa H, Saidane O, Bouden S, Tekaya R, Mahmoud I, et al. Faut-il dépister systématiquement la sarcopénie au cours de la polyarthrite rhumatoïde ? *Rev Rhum*. 2020 Dec;87:A134-5.
33. Hetland ML, Christensen IJ, Tarp U, Dreyer L, Hansen A, Hansen IT, et al. Direct comparison of treatment responses, remission rates, and drug adherence in patients with rheumatoid arthritis treated with adalimumab, etanercept, or infliximab: Results from eight years of surveillance of clinical practice in the nationwide Danish DANBIO registry. *Arthritis Rheum*. 2010 Jan;62(1):22-32.
34. Radovits BJ, Fransen J, Van Riel PLCM, Laan RFJM. Influence of age and gender on the 28-joint Disease Activity Score (DAS28) in rheumatoid arthritis. *Ann Rheum Dis*. 2008 Aug;67(8):1127-31.
35. Curtis JR, Yang S, Patkar NM, Chen L, Singh JA, Cannon GW, et al. Risk of hospitalized bacterial infections associated with biologic treatment among US veterans with rheumatoid arthritis. *Arthritis Care Res (Hoboken)*. 2014;66(7):990-7.

36. A van Dartel SA, Fransen J, Kievit W, Flendrie M, den Broeder AA, Visser H, et al. Difference in the risk of serious infections in patients with rheumatoid arthritis treated with adalimumab, infliximab and etanercept: results from the Dutch Rheumatoid Arthritis Monitoring (DREAM) registry. Available from: <http://ard.bmj.com/>
37. Chaoui IR, Akasbi N, Mezouar I El, Harzy T. Les rhumatismes du sujet âgé : mise au point Rheumatism of the elderly : an update. Available from: www.smr.ma
38. BA K L GC. RMS_421_595. Rev Med Suisse 2014 ; 10 : 595–602 [Internet]. [cited 2024 Oct 4]; Available from: https://www.revmed.ch/view/517831/4226752/RMS_421_595.pdf

ANNEXES

Annexe 1 :

Critères de classification de la polyarthrite rhumatoïde proposée par

l'American

College of Rheumatology (ACR) 1987 (38)

| | |
|---|---|
| 1. Raideur matinale | Raideur au niveau des articulations et autour, pendant au minimum une heure jusqu'à l'amélioration maximale |
| 2. Arthrite de ≥ 3 articulations | ≥ 3 articulations ayant eu une synovite objectivée par un médecin |
| 3. Arthrite des articulations des mains | Au moins une articulation tuméfiée au niveau du poignet, de l'articulation métacarpo-phalangienne, ou de l'articulation interphalangienne proximale |
| 4. Arthrite symétrique | Atteinte simultanée des mêmes articulations de chaque côté |
| 5. Nodules rhumatoïdes | Nodules sous-cutanés sur les protubérances osseuses, les extenseurs ou les régions proches des articulations |
| 6. Facteur rhumatoïde | Positivité du facteur rhumatoïde |
| 7. Modifications radiographiques | Modifications typiques de la PR dans les radiographies de face des mains et poignets |
| 4/7 critères nécessaires pour la polyarthrite rhumatoïde, avec critères 1 à 4 depuis ≥ 6 semaines. | |

Annexe 2 :

Critères de classification de la polyarthrite rhumatoïde de 2010 de l'American College of Rheumatology et l'European League Against Rheumatism (ACR/EULAR) (38)

| Population cible: patients avec <ul style="list-style-type: none"> - au moins 1 articulation atteinte de synovite clinique (tuméfaction) - avec une synovite qui n'est pas expliquée par une autre maladie | Score |
|--|--------------|
| A. Atteinte articulaire (articulation sensible/tuméfiée) | |
| • 1 grande articulation | 0 |
| • 2-10 grandes articulations | 1 |
| • 1-3 petite(s) articulation(s) | 2 |
| • 4-10 petites articulations | 3 |
| • > 10 articulations (au moins 1 petite) | 4 |
| B. Sérologie | |
| • Facteur rhumatoïde (FR)/anticorps anti-peptides citrullinés cycliques (anti-CCP) négatifs | 0 |
| • FR/anti-CCP faiblement positif | 2 |
| • FR/anti-CCP fortement positif | 3 |
| C. Réactif de phase aiguë | |
| • CRP et vitesse de sédimentation dans la norme | 0 |
| • CRP/vitesse de sédimentation élevée(s) | 1 |
| D. Durée des symptômes | |
| • < 6 semaines | 0 |
| • > 6 semaines | 1 |
| <p>Polyarthrite rhumatoïde définie: score $\geq 6/10$.</p> <p>Grosses articulations: épaules, coudes, hanches, genoux, chevilles. Petites articulations: articulations métacarpo-phalangiennes, interphalangiennes proximales, métatarso-phalangiennes II à V, interphalangiennes du pouce, poignets.</p> | |

Annexe 3 :

Disease Activity Score 28 (DAS 28)(38)

| | |
|--|---|
| Nombre d'articulations douloureuses (28TJC) | 0 à 28 |
| Nombre d'articulations tuméfiées (28SJC) | 0 à 28 |
| Paramètres inflammatoires | Vitesse de sédimentation (VS) en mm/h ou CRP en mg/dl |
| Evaluation globale par le patient de l'activité de sa maladie (PtGA) | 0 à 10 |

Articulations à évaluer: épaules, coudes, poignets, métacarpo-phalangiennes (MCP), interphalangiennes proximales (IPP), genoux.

Activité de la polyarthrite rhumatoïde selon score DAS28:

- Selon VS: $0,56\sqrt{(28TJC)} + 0,28\sqrt{(28SJC)} + 0,70 \ln(VS) + 0,014 \text{ PtGA}$
- Selon CRP: $0,56\sqrt{(28TJC)} + 0,28\sqrt{(28SJC)} + 0,36 \ln(\text{CRP}+1) + 0,014 \text{ PtGA} + 0,96$

Calculateur en ligne: www.das-score.nl/

- <2,6: rémission
- ≥2,6 – <3,2: faible activité
- ≥3,2 – ≤5,1: activité modérée
- >5,1: activité haute/sévère

Annexe 4 :

Health Assessment questionnaire (HAQ) (38)

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