Thèse d'exercice

Faculté de Médecine

Année 2020 Thèse N°

Thèse pour le diplôme d'État de docteur en Médecine

Présentée et soutenue publiquement

le 04/09/2020

Par Chloé NOLLET

Né(e) le 12/05/1993 à Brest, France

ANALYSE DESCRIPTIVE EN VRAIE VIE DES PATIENTS ATTEINTS DE RHUMATISMES INFLAMMATOIRES CHRONIQUES (Polyarthrite Rhumatoïde et Spondyloarthrites) SUIVIS EN EXTERNE AU CHU DE LIMOGES

Thèse dirigée par Madame Le Professeur Pascale Vergne Salle, coordinatrice du DES de rhumatologie, CHU de Limoges

Examinateurs :
M. Le Professeur Philippe Bertin, chef de service de rhumatologie, CHU de Limoges
M. Le Professeur Frédéric Dubrana, chef de service d'orthopédie, CHU de Brest
Mme. Le Docteur Christine Bonnet, Praticien Hospitalier en rhumatologie, CHU de Limoges

Licence CC BY-NC-ND 3.0

Thèse d'exercice

Faculté de Médecine

Année 2020 Thèse N°

Thèse pour le diplôme d'État de docteur en Médecine

Présentée et soutenue publiquement

Le 04/09/2020

Par Chloé NOLLET

Né(e) le 12/05/1993 à Brest, France

ANALYSE DESCRIPTIVE EN VRAIE VIE DES PATIENTS ATTEINTS DE RHUMATISMES INFLAMMATOIRES CHRONIQUES (Polyarthrite Rhumatoïde et spondyloarthrites) SUIVIS EN EXTERNE AU CHU DE LIMOGES

Thèse dirigée par Madame Le Professeur Pascale Vergne Salle, Coordinatrice du DES de rhumatologie, CHU de Limoges

Examinateurs :
M. Le Professeur Philippe Bertin, chef de service de rhumatologie, CHU de Limoges
M. Le Professeur Frédéric Dubrana, chef de service d'orthopédie, CHU de Brest
Mme. Le Docteur Christine Bonnet, Praticien Hospitalier en rhumatologie, CHU de Limoges

Professeurs des Universités - praticiens hospitaliers

Le 01 octobre 2019

ABOYANS Victor	CARDIOLOGIE
ACHARD Jean-Michel	PHYSIOLOGIE
ALAIN Sophie	BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE
ARCHAMBEAUD Françoise	MEDECINE INTERNE (Surnombre jusqu'au 31-08-2020)
AUBARD Yves	GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE
AUBRY Karine	O.R.L.
BEDANE Christophe	DERMATO-VENEREOLOGIE
BERTIN Philippe	THERAPEUTIQUE
BORDESSOULE Dominique	HEMATOLOGIE (Surnombre jusqu'au 31-08-2020)
CAIRE François	NEUROCHIRURGIE
CHARISSOUX Jean-Louis	CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE et TRAUMATOLOGIQUE
CLAVERE Pierre	RADIOTHERAPIE
CLEMENT Jean-Pierre	PSYCHIATRIE d'ADULTES
COGNE Michel	IMMUNOLOGIE
CORNU Elisabeth	CHIRURGIE THORACIQUE et CARDIOVASCULAIRE
COURATIER Philippe	NEUROLOGIE
DANTOINE Thierry	GERIATRIE et BIOLOGIE du VIEILLISSEMENT
DARDE Marie-Laure	PARASITOLOGIE et MYCOLOGIE
DAVIET Jean-Christophe	MEDECINE PHYSIQUE et de READAPTATION
DESCAZEAUD Aurélien	UROLOGIE
DES GUETZ Gaëtan	CANCEROLOGIE
DESPORT Jean-Claude	NUTRITION

Licence CC BY-NC-ND 3.0

DRUET-CABANAC Michel	MEDECINE et SANTE au TRAVAIL
DURAND-FONTANIER Sylvaine	ANATOMIE (CHIRURGIE DIGESTIVE)
ESSIG Marie	NEPHROLOGIE
FAUCHAIS Anne-Laure	MEDECINE INTERNE
FAUCHER Jean-François	MALADIES INFECTIEUSES
FAVREAU Frédéric	BIOCHIMIE et BIOLOGIE MOLECULAIRE
FEUILLARD Jean	HEMATOLOGIE
FOURCADE Laurent	CHIRURGIE INFANTILE
GAUTHIER Tristan	GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE
GUIGONIS Vincent	PEDIATRIE
JACCARD Arnaud	HEMATOLOGIE
JAUBERTEAU-MARCHAN M. Odile	IMMUNOLOGIE
LABROUSSE François	ANATOMIE et CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES
LACROIX Philippe	MEDECINE VASCULAIRE
LAROCHE Marie-Laure	PHARMACOLOGIE CLINIQUE
LIENHARDT-ROUSSIE Anne	PEDIATRIE
LOUSTAUD-RATTI Véronique	HEPATOLOGIE
LY Kim	MEDECINE INTERNE
MABIT Christian	ANATOMIE
MAGY Laurent	NEUROLOGIE
MARIN Benoît	EPIDEMIOLOGIE, ECONOMIE de la SANTE et PREVENTION
MARQUET Pierre	PHARMACOLOGIE FONDAMENTALE
MATHONNET Muriel	CHIRURGIE DIGESTIVE
MELLONI Boris	PNEUMOLOGIE
MOHTY Dania	CARDIOLOGIE
MONTEIL Jacques	BIOPHYSIQUE et MEDECINE NUCLEAIRE

Licence CC BY-NC-ND 3.0

MOUNAYER Charbel	RADIOLOGIE et IMAGERIE MEDICALE
NATHAN-DENIZOT Nathalie	ANESTHESIOLOGIE-REANIMATION
NUBUKPO Philippe	ADDICTOLOGIE
OLLIAC Bertrand	PEDOPSYCHIATRIE
PARAF François	MEDECINE LEGALE et DROIT de la SANTE
PLOY Marie-Cécile	BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE
PREUX Pierre-Marie	EPIDEMIOLOGIE, ECONOMIE de la SANTE et PREVENTION
ROBERT Pierre-Yves	OPHTALMOLOGIE
ROUCHAUD Aymeric	RADIOLOGIE et IMAGERIE MEDICALE
SALLE Jean-Yves	MEDECINE PHYSIQUE et de READAPTATION
SAUTEREAU Denis	GASTRO-ENTEROLOGIE ; HEPATOLOGIE
STURTZ Franck	BIOCHIMIE et BIOLOGIE MOLECULAIRE
TCHALLA Achille	GERIATRIE ET BIOLOGIE DU VIEILLISSEMENT
TEISSIER-CLEMENT Marie-Pierre	ENDOCRINOLOGIE, DIABETE et MALADIES METABOLIQUES
TOURE Fatouma	NEPHROLOGIE
VALLEIX Denis	ANATOMIE
VERGNENEGRE Alain	EPIDEMIOLOGIE, ECONOMIE de la SANTE et PREVENTION
VERGNE-SALLE Pascale	THERAPEUTIQUE
VIGNON Philippe	REANIMATION
VINCENT François	PHYSIOLOGIE
YARDIN Catherine	CYTOLOGIE et HISTOLOGIE

PROFESSEUR ASSOCIE DES UNIVERSITES A MI-TEMPS DES DISCIPLINES MEDICALES

BRIE Joël	CHIRURGIE MAXILLO-FACIALE ET STOMATOLOGIE
KARAM Henri-Hani	MEDECINE D'URGENCE

Licence CC BY-NC-ND 3.0

MOREAU Stéphane	EPIDEMIOLOGIE CLINIQUE

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS

AJZENBERG Daniel	PARASITOLOGIE et MYCOLOGIE
BALLOUHEY Quentin	CHIRURGIE INFANTILE
BARRAUD Olivier	BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE
BEN AHMED Sabrina	CHIRURGIE VASCULAIRE
BOURTHOUMIEU Sylvie	CYTOLOGIE et HISTOLOGIE
BOUTEILLE Bernard	PARASITOLOGIE et MYCOLOGIE
COUVE-DEACON Elodie	BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE
DUCHESNE Mathilde	ANATOMIE PATHOLOGIE
DURAND Karine	BIOLOGIE CELLULAIRE
ESCLAIRE Françoise	BIOLOGIE CELLULAIRE
HANTZ Sébastien	BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE
JACQUES Jérémie	GASTRO-ENTEROLOGIE ; HEPATOLOGIE
JESUS Pierre	NUTRITION
LE GUYADER Alexandre	CHIRURGIE THORACIQUE et CARDIOVASCULAIRE
LERAT Justine	O.R.L.
LIA Anne-Sophie	BIOCHIMIE et BIOLOGIE MOLECULAIRE
RIZZO David	HEMATOLOGIE
TERRO Faraj	BIOLOGIE CELLULAIRE
WOILLARD Jean-Baptiste	PHARMACOLOGIE FONDAMENTALE

P.R.A.G.

GAUTIER Sylvie	ANGLAIS

PROFESSEUR DES UNIVERSITES DE MEDECINE GENERALE

DUMOITIER Nathalie	(Responsable du département de Médecine Générale)

Licence CC BY-NC-ND 3.0

MAITRE DE CONFERENCES ASSOCIE A MI-TEMPS DE MEDECINE GENERALE

HOUDARD Gaëtan	(du 1er septembre 2019 au 31 août 2022)
LAUCHET Nadège	(du 1er septembre 2017 au 31 août 2020)
PAUTOUT-GUILLAUME Marie-Paule	(du 1er septembre 2018 au 31 août 2021)

PROFESSEURS EMERITES

ALDIGIER Jean-Claude	du 01.09.2018 au 31.08.2020
BESSEDE Jean-Pierre	du 01-09-2018 au 31-08-2020
BUCHON Daniel	du 01-09-2019 au 31-08-2021
MERLE Louis	du 01.09.2017 au 31.08.2019
MOREAU Jean-Jacques	du 01-09-2019 au 31-08-2020
TREVES Richard	du 01-09-2019 au 31-08-2021
TUBIANA-MATHIEU Nicole	du 01-09-2018 au 31-08-2020
VALLAT Jean-Michel	du 01.09.2019 au 31.08.2020
VIROT Patrice	du 01.09.2019 au 31.08.2020

Licence CC BY-NC-ND 3.0

Assistants Hospitaliers Universitaires – Chefs de Clinique

Le 1er novembre 2019

ASSISTANTS HOSPITALIERS UNIVERSITAIRES

AUDITEAU Emilie	EPIDEMIOLOGIE (CEBIMER)
DAURIAT Benjamin	HISTOLOGIE, EMBRIOLOGIE ET CYTOGENETIQUE
DERBAL Sophiane	CHIRURGIE ANATOMIE
DOUCHEZ Marie	ANESTHESIOLOGIE-REANIMATION
DUPONT Marine	HEMATOLOGIE BIOLOGIQUE
DUCHESNE Mathilde	ANATOMIE et CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES
DURIEUX Marie-Fleur	PARASITOLOGIE
GUYOT Anne	LABORATOIRE ANAPATHOLOGIE
HERMINEAUD Bertrand	LABORATOIRE ANAPATHOLOGIE
HUMMEL Marie	ANESTHESIOLOGIE-REANIMATION
LEFEBVRE Cyrielle	ANESTHESIE REANIMATION
PIHAN Franck	ANESTHESIOLOGIE-REANIMATION
RIAHI Edouard	MEDECINE NUCLEAIRE
RIVAILLE Thibaud	CHIRURGIE-ANATOMIE
SANSON Amandine	ANESTHESIE REANIMATION
TCHU HOI NGNO Princia	BIOPHYSIQUE ET MEDECINE NUCLEAIRE

CHEFS DE CLINIQUE - ASSISTANTS DES HOPITAUX

ALBOUYS Jérémie	HEPATO GASTRO ENTEROLOGIE
ARMENDARIZ-BARRIGA Matéo	CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE ET TRAUMATOLOGIQUE
AUBLANC Mathilde	GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE
BAÏSSE Arthur	REANIMATION POLYVALENTE
BEEHARRY Adil	CARDIOLOGIE

Licence CC BY-NC-ND 3.0

BLOSSIER Jean-David	CHIRURGIE THORACIQUE et CARDIOVASCULAIRE
BOSETTI Anaïs	GERIATRIE et BIOLOGIE du VIEILLISSEMENT
BRISSET Josselin	MALADIES INFECTIEUSES ET TROPICALES
CHAUVET Romain	CHIRURGIE VASCULAIRE
CISSE Fatou	PSYCHIATRIE
COMPAGNAT Maxence	MEDECINE PHYSIQUE et de READAPTATION
DE POUILLY-LACHATRE Anaïs	RHUMATOLOGIE
DESCHAMPS Nathalie	NEUROLOGIE
DESVAUX Edouard	MEDECINE GERIATRIQUE
DUVAL Marion	NEPHROLOGIE
EL OUAFI Zhour	NEPHROLOGIE
FAURE Bertrand	PSYCHIATRIE d'ADULTES
FAYEMENDY Charlotte	RADIOLOGIE et IMAGERIE MEDICALE
FROGET Rachel	CENTRE D'INVESTIGATION CLINIQUE (pédiatrie)
GEYL Sophie	GASTROENTEROLOGIE
GHANEM Khaled	ORL
GILBERT Guillaume	REANIMATION POLYVALENTE
GUTTIEREZ Blandine	MALADIES INFECTIEUSES
HANGARD Pauline	PEDIATRIE
HARDY Jérémy	CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE ET TRAUMATOLOGIQUE
HESSAS-EBELY Miassa	GYNECOLOGIE OBSTETRIQUE
KRETZSCHMAR Tristan	PSYCHIATRE d'ADULTES
LACOSTE Marie	MALADIES INFECTIEUSES
LAFON Thomas	MEDECINE d'URGENCE
LAHMADI Sanae	NEUROLOGIE

Licence CC BY-NC-ND 3.0

LALOZE Jérôme	CHIRURGIE PLASTIQUE
LEGROS Maxime	GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE
LEHMANN Lauriane	GASTROENTEROLOGIE
MAURIANGE TURPIN Gladys	RADIOTHERAPIE
MEUNIER Amélie	ORL
MICLE Liviu-Ionut	CHIRURGIE INFANTILE
MOWENDABEKA Audrey	PEDIATRIE
ORLIAC Hélène	RADIOTHERAPIE
PARREAU Simon	MEDECINE INTERNE ET POLYCLINIQUE
PELETTE Romain	CHIRURGIE UROLOGIE et ANDROLOGIE
PEYRAMAURE Clémentine	ONCOLOGIE MEDICALE
PLAS Camille	MEDECINE INTERNE B
QUILBE Sébastien	OPHTALMOLOGIE
SIMONNEAU Yannick	PNEUMOLOGIE
SURGE Jules	NEUROLOGIE
TRICARD Jérémy	CHIRURGIE THORACIQUE et CARDIOVASCULAIRE MEDECINE VASCULAIRE
VAIDIE Julien	HEMATOLOGIE CLINIQUE
VERLEY Jean-Baptiste	PSYCHIATRIE ENFANT ADOLESCENT
VIDAL Thomas	OPHTALMOLOGIE

CHEF DE CLINIQUE – MEDECINE GENERALE

BERTRAND Adeline

SEVE Léa

PRATICIEN HOSPITALIER UNIVERSITAIRE

MATHIEU Pierre-Alain	CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE et TRAUMATOLOGIQUE

Licence CC BY-NC-ND 3.0

A mamie Andrée. Faire médecine, c'était comprendre.

Licence CC BY-NC-ND 3.0

« *Rien n’est jamais perdu tant qu’il reste quelque chose à trouver* »
Pierre Dac

Licence CC BY-NC-ND 3.0

Remerciements

Tout d'abord, je voudrais remercier, chacune des personnes présentes ce soir à mes côtés. Je partage avec chacun d'entre vous des souvenirs et des expériences qui m'ont permis d'avancer hier, d'être le médecin que je suis aujourd'hui, et qui m'aideront à devenir Docteur demain.

A tout mon jury rhumatologue : Professeur Bertin, Professeure Vergne Salle, Docteur Bonnet, vous avez suivi mon évolution, vous m'avez guidé sur le chemin de la rhumatologie, vous m'avez conseillé et m'avez fait explorer toutes les facettes de notre belle spécialité. Je vous remercie d'avoir accepté de faire partie de mon jury de thèse et d'avoir reçu avec enthousiasme le choix de ce sujet.

Au Professeur Dubrana (chef de service d'orthopédie du CHU de Brest), qui m'a vu faire mes premiers pas, sur le sable breton de la plage de Bertheaume ; mes premiers pas en médecine dans son bloc d'orthopédie, à 15 ans pour la pose d'une prothèse de genou sur gonarthrose ; mes premiers pas d'étudiante en médecine et ce stéthoscope personnalisé en cadeau, si symbolique ; mes premiers pas d'interne en rhumatologie. Tu m'as venté la richesse de cette spécialité, qui côtoie l'orthopédie de si près et qui n'a pas fini d'innover... Merci encore d'avoir traversé la France pour me voir faire ces premiers pas vers le Doctorat.

A Corinne Trapy, attachée de recherche clinique en rhumatologie, qui m'a conseillé dans la création et l'organisation de mon tableur, dans la gestion de cette étude et n'a jamais été à court de formule. J'espère pouvoir continuer à travailler à tes côtés !

Aux chefs de rhumatologie,

Au temps passé par Pr. Vergne Salle, Dr. Bonnet, Dr. Dufauret-Lombard, Dr. Deplas et Dr. De Pouilly-Lachatre pour remplir les recueils et sans qui, cette thèse n'aurait pas pu naître.

Mais aussi, au Pr Bertin, Dr. Courseau, Dr. N Guyen, au temps que vous avez passé à me transmettre votre savoir, et au savoir que vous continuerez à me transmettre sur les prochains stages.

Aux Dr. Dubois et Dr. Popa qui furent les premières à me faire découvrir les joies de la rhumatologie, au cabinet sur un repos de garde à Brive. A la vocation qui est née ce jour-là et aux premiers micro-cristaux observés à vos côtés.

Aux chefs de MPR,

A Jérémie et Julie, à tous ces muscles toxinés sous écho à vos côtés (et à vos quizz d'anat' hebdomadaires bien bénéfiques) !

A Maxence et Jennifer qui m'ont fait persévérer dans cette pratique de l'écho de médecine du sport, et à toutes ces tendinites « ondes-de-choquées » grâce à vous.

Aux chefs Brivistes,

Xavier, Marion, Marine et Adel, présents dans la dernière ligne droite de la rédaction. A vos conseils bénéfiques, aux bactéries soignées et aux densitométries réalisées ensembles.

Licence CC BY-NC-ND 3.0

Licence CC BY-NC-ND 3.0

A ma famille présente ce soir à mes côtés (et d'autres soirs de la semaine par téléphone…). Depuis mes 10 ans, je vous bassine avec cette envie de sauver des vies. La PACES et l'ECN vous les avez aussi vécu à mes côtés. Et aujourd'hui, c'est l'internat que vous vivez à distance, car sans vous cette épopée n'aurez pas eu le même goût. Je vous aime.

A ma maman, la plus aimante des mamans et la plus forte des patientes. Tu es un exemple de vie pour nous deux.

A mon papa, qui m'a donné sa rigueur et sa persévérance. Merci pour tous nos footing venteux, sur les sentiers côtiers bretons, qui ont bercés mes études.

A ma grande sœur, qui m'a souvent donné les meilleurs conseils, à ce bras droit que la vie m'a donné, et qui me rend plus forte jour après jour.

A vous trois, je dédis ma thèse.

A la famille Mérer, qui a voulu venir en nombre pour passer ce cap symbolique, mais que la COVID a limité. A ma super tata toujours là pour nous, à ma Doudou qui doit encore m'apprendre l'art des pieds, à Etienne mon cousin blagueur, à mon tonton MG qui a toujours été un exemple et un repère pour moi, à Marie et son super brownie, à ma Kéké qui m'a ouvert le chemin quelques années plus tôt et à toutes ces dents que tu fais briller.

A mon papi voyageur, jamais trop loin, et à ta santé.

A la fierté qu'auraient eu mamie Andrée et mamie Françoise d'être parmi nous aujourd'hui. A ces médecins qui ont pris soin d'elles dans leurs derniers moments.

A Yvonne et Michèle, mes mamies de cœur, à tous ces bons conseils, ces crêpes party, ces séances de jardinage et balades sur la plage. A nos retrouvailles à chacune de mes expéditions bretonnes. Vous avez guidé ma progression.

A la otra parte de mi familia del otro lado del atlantico, a los Agustini: este ano a vuestro lado, joven, que me ha permitido ser mujer y seguro ha confirmado mi voluntad de ser medico. A los consejos de buena salud de Bélen, de moda de Denise, y de lectura de Xilene, a los momentos en la « PETITE » con mama, a la sonrisa de papi « con su autografa (culpa mia) de su jugador de futbol preferido del River », a la tortilla de espinaca de la abu y a todos estos pequenitos momentos de vida que me han permito saber adaptarme en mi carera. A vuestra visita aca y a mis sobrinos que estan llegando…y que espero ver prunto. Sus valores son mias, y esta carrera es suya.

Licence CC BY-NC-ND 3.0

A notre quatuor explorateur de restos limougeauds, à Alicou-Yarou-Valou, à nos traditionnels débriefs' pour n'importe quelles occasions, au nombre de makis et calzone ingurgités ensemble et à tous les prochains. A notre amitié, à vos conseils…

Au reste des « APPROFONDIS », à Tounu, Yolo-Néfro, Jéroumy, Maximus, Watasu, Ben-Canard, Ilham, Margaux et Alex, Meryll, Marie Laure, Gralibert - avec qui LIMOGES n'aurait pas eu le même goût. On a posé nos valises ensemble dans cet internat pour le meilleur et pour le pire… puis une grande famille est née ! A Pépito et Pépita, à ce voyage en Espagne ensemble et à tous les prochains même quand on sera éparpillé en post-internat.

A mes amis d'externats « KISSLESCHOUX internes aux 4 coins de l'hexagone, qui ne sont jamais très loin.

Au p'tit lu, à notre amitié qui ne prend pas une ride et à ce super Abstract.

A KriKri, à MoMo, à SanSan, qui me manquent souvent mais que les années de médecine n'éloignent pas.

A l'ensemble des « COPAINS BRETONS », à nos TDM', à nos escapades ailleurs en France souvent sportives sur un snow ou un surf.

A tous mes co-internes croisés sur ce chemin, aux choses que l'on a pu apprendre les uns des autres, à tous nos fous rires (et notre sérieux…) et surtout aux chaussettes de Mamad, au sourire de Camille, au rire d'Emilie, au « porotique » de Lucie, au déhanché de Tut', aux potiiiins caféinés de Céline, et à Lilian, mon prof particulier d'Anat échoguidée.

Licence CC BY-NC-ND 3.0

Licence CC BY-NC-ND 3.0

Création d’auteurs

Cette création est mise à disposition selon le Contrat :
« **Attribution-Pas d'Utilisation Commerciale-Pas de modification 3.0 France** »
disponible en ligne : *http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/3.0/fr/*

Table des matières

Professeurs des Universités - praticiens hospitaliers 4
Assistants Hospitaliers Universitaires – Chefs de Clinique 9
Remerciements 14
Création d'auteurs 19
Table des matières 20
Table des illustrations 21
Table des tableaux 23
Table des abréviations 24
Introduction 25
I.Méthodes 27
I.1.Méthode commune aux 2 pathologies 27
I.2.Spécificité des Spondyloarthrites 29
I.3.Spécificité de la Polyarthrite Rhumatoïde 30
II.Résultats 32
II.1.Spondyloarthrites 32
II.2.Tables des SPA 42
II.3.Polyarthrite Rhumatoïde 47
II.4.Tables des PR 57
II.5.Annexes - Détail des comorbidités et effets secondaires 59
III. Discussion 64
III.1. Point démographique de la PR 64
III.2. Comorbidités et thérapeutique de la PR 65
III.3. Point démographique de la SPA 66
III.4. Comorbidités et thérapeutique de la SPA 66
Conclusion 68
Références bibliographiques 69
Serment d'Hippocrate 74
Etude descriptive d'une population de patients atteints de rhumatisme inflammatoire chronique (PR ou SpA), CHU de LIMOGES, 2019 76

Licence CC BY-NC-ND 3.0

Table des illustrations

Figure 1 : Activité SPA……32
Figure 2 : Antalgie SPA
Figure 3 : AINS SPA
Figure 4 : Tabagisme SPA
Figure 5 : Quantiféron SPA
Figure 6 : Bilan paraclinique SPA
Figure 7 : HLA B27 SPA……33
Figure 8 : Classification SPA
Figure 9: bDMARDs ou tsDMARDs en cours SPA…….. 34
Figure 10 : csDMARDs SPA
Figure 11 : bDMARDs SPA
Figure 12 : thérapeutique SPA selon âge……..……35
Figure 13 : thérapeutique SPA si cancer (ou non)
Figure 14 : répartition des antécédents SPA (1 et 2)
Figure 15 : répartition antécédents selon âge SPA…….…36
Figure 16 : répartition antécédents si cancer (ou non) SPA
Figure 17 : répartition événements secondaires SPA…….……37
Figure 18 : pondération sur nombre de prises SPA
Figure 19 : répartition événements secondaires selon âge SPA……..……..……38
Figure 20 : pondération sur nombre de prises si >/= 75 ans SPA
Figure 21 : répartition événements secondaires si cancer (ou non) SPA…….39
Figure 22 : pondération sur nombre de prises si cancer SPA
Figure 23 : comparaison toutes SPA - SPA axiale non radiographique…..……..40
Figure 24 : comparaison antécédents toutes SPA - SPA axiale non radiographique
Figure 25 : répartition sous types d'événements secondaires SPA
Figure 26 : switch thérapeutique et rang d'intension selon âge SPA……41
Figure 27: activité PR……47
Figure 28 : immunologie PR
Figure 29 : quantiféron PR……48
Figure 30 : bilan paraclinique PR
Figure 31 : tabagisme PR
Figure 32 : thérapeutique de l'ostéoporose PR…..……49
Figure 33 : comparaison traitement antiostéoporotique
Figure 34 : patients > 70 ans sous Corticoides
Figure 35 : csDMARDs PR…….……..50
Figure 36 : bDMARDs PR
Figure 37 : tsDMARDs PR
Figure 38 : bDMARDs ou tsDMARDs en cours PR
Figure 39 : comparaison thérapeutique PR selon âge…….……...51
Figure 40 : comparaison thérapeutique si cancer (ou non)
Figure 41 : répartition des antécédents PR
Figure 42 : comparaison antécédents selon âge…….…….……52
Figure 43 : comparaison antécédents PR si cancer (ou non)

Licence CC BY-NC-ND 3.0

Figure 44 : répartition événements secondaires PR…….....53
Figure 45 : pondération selon nombre de prises PR
Figure 46 : événements secondaires selon âge PR
Figure 47 : pondération selon nombre de prises si >/=75ans PR……....54
Figure 48 : comparaison événements secondaires si cancer (ou non) PR
Figure 49 : pondération selon nombre de prises si cancer PR
Figure 50 : répartition sous types événements secondaires PR……..……55
Figure 51 : switch thérapeutique et rang d'intension PR

Licence CC BY-NC-ND 3.0

Table des tableaux

Tableau 1 : répartition population SPA……41

Tableau 2 : répartition population SPA (suite)……..……..42

Tableau 3 : antécédents et événements secondaires SPA……43

Tableau 4 : analyses en sous groupes (thérapeutiques, comorbidités, événements secondaires) SPA……...44

Tableau 5 : répartition population SPA axiale non radiographique…….……45

Tableau 6 : répartition population SPA axiale non radiographique

Tableau 7 : comorbidités toutes SPA - SPA axiale non radiographique……..……..46

Tableau 8 : thérapeutique et événements secondaires SPA

Tableau 9 : répartition population PR……..56

Tableau 10 : répartition population PR (suite)……57

Tableau 11 : DMARDs et antiostéoporotiques PR (1, 2, 3)……58

Tableau 12 : Analyse en sous groupes PR (thérapeutique, comordibités, événements secondaires) ……..……59

Licence CC BY-NC-ND 3.0

Table des abréviations

ATCD	Antécédent
DMO	Densitométrie
IMC	Indice de masse corporelle

Traitements

ABA	Abatacept
ADA	Adalimumab
ANA	Anakinra
BARI	Baricitinib
CERTO	Certolizumab
ETA	Etanercept
GOLI	Golimumab
INFLIX	Infliximab
IXEKI	Ixékizumab
KINE	Anakinra
LEFLU	Leflunomide
MTX	Méthotrexate
PLAQ	Hydrochloroquine
RITUX	Rituximab
SARI	Sarilumab
SECU	Secukinumab
SLZ	Sulfasalazine
TOCI	Tocilizumab
TOFA	Tofacitinib
USKE	Ustekinumab
csDMARD	Conventional synthetic Disease Modifying Anti-Rheumatic Drug
bDMARD	Biologic Disease Modifying Anti-Rheumatic Drug
tsDMARD	Targeted synthetic Disease Modifying Anti-Rheumatic Drug

Licence CC BY-NC-ND 3.0

Introduction

La **Polyarthrite Rhumatoide (PR)** est le plus fréquent des rhumatismes inflammatoires chroniques. Le pronostic de la maladie s'est considérablement amélioré ces 10 dernières années, notamment grâce à la mise en place précoce de traitements, et donc à un diagnostic rapide, limitant les destructions articulaires. Le diagnostic reste difficile et repose sur des arguments cliniques et biologiques. Il n'y a pas de test suffisamment sensible et spécifique pour affirmer la PR à sa phase de début.

La répartition géographique est hétérogène avec 0.4% (1) en France (contre 0.5-1% en Europe et Amérique du nord). La prévalence est donc de 3.3/1000 patients dans les pays d'Europe du sud (égale en Asie, moindre en Afrique du sud et supérieure en Europe du nord). C'est un enjeu public au vu de l'invalidité engendrée et de la mortalité prématurée (2). Le diagnostic se fait à tout âge mais classiquement entre 50 à 60 ans (4 fois plus chez les femmes de cette tranche d'âge) avec début plus tardif chez l'homme (parfois >70ans, appelé « LORA »).

Sur le plan immunologique, le facteur rhumatoïde (FR) est souvent négatif au début, de forte VPP(>90) si positif sur un tableau polyarthritique débutant et de mauvais pronostic (3). Sans tableau clinique associé, il est positif chez 15% de la population. Il est positif dans >80% des cas de polyarthrite rhumatoïde (toute ancienneté confondue) mais il n'est ni indispensable ni suffisant au diagnostic. L'ACPA (détection par ELISA) reconnait les anticorps anti peptides cycliques citrullinés (anti-CCP). Il a une très forte spécificité avec sensibilité de 50-70% (4). Il peut être présent des années avant le début de la PR et ont une vraie valeur pronostic. L'ACPA est plus souvent positif si tabagisme actif (5). Pour rappel, il n'y a peu d'utilité de suivi en cas de positivité de l'ACPA ni même du FR qui varie peu.

La rémission (DAS28CRP ou VS<2.6) est fréquente (10 à 25%), surtout au début de la PR mais de durée variable (6). L'évaluation thérapeutique se fait à court terme puis à long terme. Nous évaluons notamment l'effet structural, la maintenance thérapeutique, l'obtention de la rémission, le handicap... L'objectif est une obtention de la rémission ou faible activité à court terme (7).

A savoir que sur les radiographies faites de façon de plus en plus espacées, 30% des PR ne présentent aucune érosion pendant 2 ans. Les pincements de l'interligne font également parties des signes visibles (8). Ces atteintes radiographiques augmentent si ACPA positif (5). La PR est un facteur de risque indépendant d'ostéoporose. Elle augmente le risque fracturaire à âge et sexe équivalent (9).

On retrouve plus de cancers cutanés hors mélanome(10).

La **Spondyloarthrite (SpA)** regroupe un certain nombre d'affection rhumatologiques comme la spondylarthrite ankylosante (la plus courante dite SA= SPA axiale radiographique), les spondyloarthrites axiales non radiographiques, les périphériques (+/- érosives +/-axiale associées) (11), les arthrites réactionnelles, le rhumatisme psoriasique, les manifestations articulaires des MICI, les SAPHO, les rhumatismes chroniques infantiles et les spondyloarthrites indifférenciées (12).

Licence CC BY-NC-ND 3.0

La prévalence de la SPA varie selon les études (jusqu'à 2,5% mais 0,3% dans EPIRHUM) avec 0,08% de SPA axiale radiographique. Elle débute souvent vers 26-27 ans mais, elle peut, à l'adolescence, se déclencher par une arthrite juvénile chronique ou, très tardivement chez les personnes âgés, par un LOPS syndrome.

Les formes féminines présentent une moindre sévérité lombaire, moins d'uvéite antérieure et d'atteintes radiographiques mais une fréquence plus élevée d'arthrites périphériques avec un délais au diagnostic plus long. La spondyloarthrite est égale en répartition hommes – femmes (en dehors de la SPA axiale radiographique, environ 2 à 3 fois plus d'hommes (13); ce qui tend aussi à s'égaliser dans les cohortes récentes).

Concernant la biologie, le HLA B27, principal facteur génétique, est représenté dans 8% de la population générale, contre plus de 90% pour la SPA axiale radiographique chez les caucasiens (14). Le tabac est quant à lui le principal facteur de risque environnemental et est associé à des formes plus sévères, inflammatoires et plus résistantes aux traitements (15).

Les objectifs thérapeutiques sont le contrôle des poussées inflammatoires, la lutte contre les douleurs et l'enraidissement et le maintien de la capacité fonctionnelle. Il ne faut pas oublier la place importante de la rééducation (notamment pour les atteintes axiales) avec éducation du patient. L'utilisation d'antalgiques et d'AINS est précoce mais en cas d'insuffisance, nous avons recours à un traitement d'action lente. Les Corticoides sont moins fréquemment utilisés que dans la PR mais ont leur place ici en seconde intention (si échec des rotations d'AINS).

Pour le suivi d'activité de la maladie, nous utilisons l'ASDAS (Ankylosing Spondylitis Disease Activity Score), calculé à partir de la rachialgie, du dérouillage matinal, de EVA globale patient, des atteintes périphériques (articulations douloureuses ;NAD et gonflées ; NAG), et surtout de la CRP (Inactif = < 1,3). Le DAS28 VS ou CRP est utilisé si SPA périphérique. Une grande partie du devenir à long terme de l'affection se dessine dans les 5 voire 10 premières années d'évolution.

Sur le plan fonctionnel, il existe plusieurs scores dont l'auto-questionnaire BASDAI (/6, Bath Disease Activity Index, subjectif : sans évaluation extérieure, sans paraclinique), le BASFI (/100, Bath Ankylosing Spondylitis Functionnal Index), le BASMI (Ankylosing Spondylitis Metrology Index).

On a pour **objectifs** principaux de décrire, d'un point de vue démographique et thérapeutique, notre population de 500 patients atteints de PR ou SpA suivie en consultation par 5 rhumatologues du CHU de Limoges. Nous confrontons nos résultats épidémiologiques avec ceux nationaux, européens, puis internationaux. Nous analysons ces données au sein de sous groupes (antécédents de cancer (ou non) puis >/= ou < à 75 ans) pour chercher des particularités thérapeutiques, extraire la sous population ayant le plus de comorbidités et essayer de trouver celle le plus à risque de iatrogénie. Nous faisons de plus un sous groupe SpA axiale non radiographique pour en détacher les particularités et adapter les pratiques cliniques.

Licence CC BY-NC-ND 3.0

I. Méthodes

Depuis plus de 2 ans, les médecins de rhumatologie du CHU de Limoges remplissent des recueils informatisés retraçant tout l'historique du rhumatisme inflammatoire chronique de leur patient (qu'ils suivent, pour certains, depuis plus de vingts ans). L'évolution du rhumatisme est singulière, chacun est différent et le traitement de l'un n'aura pas la même efficacité sur l'autre. Les délais symptômes-diagnostics sont très variables, dépendent du tableau clinique d'entrée mais, souvent aussi, du premier professionnel qui accueillera la pathologie en amont du rhumatologue.

I.1. **Méthode commune aux 2 pathologies**

Cette étude épidémiologique inclue des patients inscrits dans le recueil ayant consulté leur rhumatologue hospitalier courant 2019. Elle va permettre dans un premier temps de faire une cartographie en vraie vie de nos patients suivis en externe, vivant pour la plupart en Limousin. Nous retracerons les moyennes, médianes, écarts types, sommes ou pourcentages de chaque critère (au sein de tables): proportion homme/femme, délai symptômes-diagnostic, proportion d'imagerie érosive, ancienneté et évolution du Rhumatisme inflammatoire chronique, tabagisme, profil immunologique, comorbidités, thérapies antalgiques et anti-inflammatoires en cours, DMARDs en cours, antériorité thérapeutique et switch de DMARDs, événements secondaires thérapeutiques, ostéoporose +/- cortico-induite et traitement anti-ostéoporotique instauré, place de la kinésithérapie d'entretien (Spa)…

Pour inclure les patients, cela s'est fait grâce aux synthèses médicales des patients présents sur les plannings de Pr VERGNE SALLE, Dr BONNET, Dr DUFAURET-LOMBARD, Dr DEPLAS, Dr DE POUILLY-LACHATRE entre le 07/01/2019 et 20/12/2019. Ceux figurant sur deux plannings de ces praticiennes ont été attribués à l'une ou l'autre en fonction de la référence sur les 3 dernières années de consultation (et signataire du recueil). Une échographie ponctuelle pour bilan structural est souvent à l'origine de ses doublons.

On a trié les patients « anonymement » par pathologie (PR ou SPA), par médecin, par lettre de nom de famille (3 premières + initiale du prénom). Les patients sont dans le même ordre dans planning fictif de thèse PR (semaine du 02/12/2019) et sur l'Excel PR. Il en est de même pour le planning fictif de thèse SPA (semaine du 09/12/2019) et de l'Excel SPA.

Sur le plan éthique, un écriteau de « non opposition » a été installé sur plusieurs mois depuis début 2020 dans toutes les salles d'attente de rhumatologie. Les patients n'ayant pas fait part d'une opposition sont donc éligible. Les patients se sont donc fait attribué un nom anonyme « PVS PR 4 » par exemple. Leur date de naissance n'a pas été cachée sur le Excel car cela sert à calculer l'ancienneté et l'âge de début du rhumatisme.

Pour le début des symptômes soit les courriers traitent d'un jour précis, ou par défaut si imprécision « par exemple en 1999 », nous statuons sur le 01/01/1999. Le premier courrier avec date d'HDJ ou à défaut date de consultation qui conclue à la pathologie a servi de date de diagnostic. Pour statuer de l'ancienneté (ans) et de l'âge (ans) nous arrêtons le curseur au moment de la fin de l'inclusion des patients dans le tableur (10/04/20).

Licence CC BY-NC-ND 3.0

Nous mentionnons le délai de consultation (en mois) entre la dernière consultation faite et la prochaine prévue (la téléconsultation faite durant le contexte COVID19 récent est incluse). Le passage en hospitalisation de jour ou hospitalisation conventionnelle compte pour une consultation. Cela engendre pour les patients sous ABATACEPT ou TOCILIZUMAB IV, un délai de reconsultation très court, bien que patients soient souvent stabilisés.

Nous cherchons à voir si les patients avec Rhumatisme Inflammatoire Chronique (R.I.C) ont un profil métabolique particulier : quand cela est disponible nous prenons les derniers poids et tailles indiquées pour calculer l'IMC.

Le recueil des comorbidités se base sur les observations des urgences ou des hospitalisations, les comptes rendus d'anesthésie, les courriers de consultations si possible le plus récent possible avec les antécédents signalés. Si un patient à un point de comorbidité cardiovasculaire, il a 1 ou plusieurs comorbidités dans cette classe.

-Psychiatrique ou psychologique

-Fibromyalgie (si étiqueté comme suit dans les courriers des rhumatologues ou si scores ACR 2016 + FIRST réalisés et significatifs)

-Chirurgie bariatrique

-Cancer (solide ou non) +/- antérieur au R.I.C.

-Chirurgie orthopédique (prothèses d'épaules, de hanches ou de genoux ou chirurgie d'hallux valgus): pouvant être en lien avec une ostéonécrose +/- cortico-induite, une ostéoporose fracturaire ou une dégénérescence arthrosique.

-Digestif

-Hématologique

-Pneumologique

-Cardiovasculaire

-Dermatologique

-Diabétique de types 2 ou 1

-Insuffisance rénale chronique, stade maladie (DFG < 60. A savoir, 90-60 cités dans le détails des comorbidités en annexe mais non comptabilisés ici car près-maladie)

-Dysthyroidie

-Neurologique

De plus, nous signalons l'usage d'antalgiques (Paracétamol, Opioide faible et Opioide fort par «palier1/palier2/palier3 ») et l'usage d'antidépresseurs (type FLUOXETINE, DULOXETINE, VENLAFAXINE, AMITRIPTYLINE..) ou antiépileptiques (type PREGABALINE, GABAPENTINE) noté par « 0/1 » pour oui ou non).

Les traitements actuels de fond sont transcrits en 3 colonnes:

- csDMARDs (Conventionnels) comme METHOTREXATE, SALAZOPIRINE, HYDROXYCHLOROQUINE, LEFLUNOMIDE.
- bDMARDs (Biologiques) comme INFLIXIMAB, GOLIMUMAB, ADALIMUMAB, CETOLIZUMAB, ETANERCEPT, ABATACEPT, RITUXIMAB, TOCILIZUMAB, SARILUMAB, ANAKINRA, USTEKINUMAB, IXEKIZUMAB, SECUKINUMAB.
- tsDMARDs (Ciblés, dits JAKI) comme TOFACITINIB et BARICITINIB.

Les événements secondaires des 3 classes de DMARDs sont notés ainsi : Nombre global puis nombre par sous-catégorie (avec le traitement incriminé).

Licence CC BY-NC-ND 3.0

- douleur
- dermatologique
- infectieux
- pneumologique
- AEG, psychologique et psychiatrique
- neurologique
- digestif
- cancer induit (seuls les cancers survenus au cours d'une biothérapie et étiqueté comme iatrogènes d'après les rhumatologues y figurent)
- hématologique
- cardiovasculaire

En énonçant l'ensemble de ces effets secondaires avec le DMARD incriminé et en faisant un rapport pondéré par le nombre de prise nous calculons les pondérations d'Evénements secondaires, pour savoir quel traitement est le plus iatrogène. En effet, le METHOTREXATE est le traitement le plus pris, il engendre donc le plus d'effet secondaire sans être forcément le plus iatrogène. Ce critère est novateur mais son poids est important puisque plus représentatif de la réalité thérapeutique.

Les switchs de bDMARDs et tsDMARDs sont mentionnés dans l'ordre avec le nombre total de ces traitements essayés par patients. Ex: colonne 1=1ère intention (permettant de faire l'histogramme de switch thérapeutique).

Nous cherchons à montrer les % de iatrogénie cutanée, digestive, etc…, chez chacun des DMARDs grâce à un histogramme supplémentaire.

Nous réalisons 4 sous groupes: >/= à 75ans, < à 75ans, antécédents de cancer et naïf de cancer. De manière à rechercher des spécificités de comorbidités et de choix thérapeutiques avec répartition des effets indésirables.

Dans la PR, nous excluons 1 des patients du recueil car PPR seule (=227-1). Dans la SPA nous excluons 1 des patients, car suivi par DR COURSEAU (n'étant pas dans les rhumatologues référents d'inclusion, =275-1)

I.2. **Spécificité des Spondyloarthrites**

Il y a des sous-groupes de classification:

- Spondyloarthrites (SpA):
  - Axiale, non radiographique (Ax SpA non Rx)
  - Axiale, radiographique (Ax SpA Rx)
  - Périphérique (+/- axiale)
- SAPHO (réunissant Synovite-Acné-Pustulose-Hyperostose-Ostéite)
- SPA-psoriasis (appelé aussi Rhumatisme psoriasique)
- SPA-MICI

Pour le statut structural, nous notons « 0/1 » si le patient à une IRM rachidienne ou des sacro iliaque avec signes inflammatoires.

Le statut immunologique « HLAB27 » est noté ainsi « 0/1 ».

Licence CC BY-NC-ND 3.0

Le tabac est à risque de SPA sévère pour les fumeurs et est noté « NON/ANC(sevré)/OUI (actif) pour les SPA».

Concernant les classes de comorbidités, nous rajoutons une colonne importante pour le pronostic de ses patients : Antécédent d'uvéite (si au moins 1 antécédent d'uvéite).

Les traitements anti inflammatoires pris ponctuellement ou de fond concernent les cures d'AINS « 1/0 », de CORTICOIDES PER OS « 1/0 », SOLUMEDROL ponctuel « 1/0 ».

Concernant les effets secondaires nous ajoutons dans les SPA, la case Ophtalmique (uvéite-induite).

Pour l'activité SpA, nous utilisons l'ASDAS CRP (atteinte plutôt axiale) et DAS28 CRP ou VS (si atteinte périphérique). Trop peu de recueils de SpA (N<10) signalent un BASDAI (ce critère reste peu exploitable ici car faiblement calculé).

Concernant la réalisation de la kinésithérapie, nous cherchons toujours sur ce point, l'évocation dans les courriers ou le duplicata informatisé d'une éventuelle ordonnance de kinésithérapie, utile à l'entretien des patients atteints de R.I.C. (lutte contre l'enraidissement et travail de l'ampliation thoracique dans la SpA, physiothérapie…).

I.3. **Spécificité de la Polyarthrite Rhumatoïde**

Pour le statut structural, nous cherchons notamment la part de PR érosive (mais aussi, PR présentant des pincements). Nous notons « 0 »: sans atteinte radiographique ; présence « d'érosions », ou « pincements », ou « 2 » pour PR érosive avec pincement. Elle se base si possible sur les radiographies des pieds et des mains faites en interne récemment: par défaut elle se base sur le dernier courrier mentionnant le statut structural (car nos patients pour la plupart ont fait leurs imageries en externe).

Le statut immunologique mentionné pour la PR avec « 0/FR/ACPA/2 ». Le FR (auto anticorps) est une immunoglobuline anti-IgG dirigée contre le fragment Fc (spécifique de la PR). L'ACPA (analyse chromosomique par puce à ADN) correspond à un anticorps anti protéine citrulliné aussi appelé anti-CCP (très spécifique de la PR).

Pour le tabagisme, surreprésenté dans la PR, c'est noté en « 0(non)/ANC-OUI (sevré ou actif)/OUI(actif) ».

Les traitements de fond anti inflammatoires comprennent l'usage ponctuel ou au long cours d'AINS « 0/1 », l'usage au long cours de CORTANCYL OU HYDROCORTISONE (dose en mg/jour).

Le dernier DAS28 CRP ou DAS28 VS (calcul avec vitesse de sédimentation) est utilisé pour l'activité PR. La plupart des études référencées utilisent le DAS28 VS, nous faisons de même.

Pour la PR, pour évaluer l'éventuelle ostéoporose nous prenons les chiffres les plus récents de T-SCORE. Nous notons le T SCORE le plus bas (au rachis ou col, « R /C »), si fracture vertébrale « 1/0 »; et quand il est prescrit, nous mentionnons le traitement

Licence CC BY-NC-ND 3.0

antiostéoporotique en place (ZOLEDRONATE, RISEDRONATE, DENOSUMAB, ALENDRONATE, TERIPARATIDE).

Licence CC BY-NC-ND 3.0

II. **Résultats**

II.1.**Spondyloarthrites**

II.1.1. Caractéristiques socio-démographiques et cliniques

Nous avons donc 274 patients inclus dans ce groupe. Nous avons 44.9% d'hommes dans les Spondyloarthrites (N=274, toutes SPA confondues, incluant aussi les AxSPA Rx) contre 68.7% dans le groupe SPA axiale radiographique. Ils sont **suivis** tous les 6.8 mois en moyenne.

En moyenne le **diagnostic** est fait à 37.8ans avec **délai** moyen symptômes/diagnostic de 3.4 ans avec une **ancienneté** de 14 ans.

Pour la **SpA féminine,** 40% sont périphériques chez la femme contre 15.6% chez l'homme ; 12.1% des femmes font au moins une uvéite contre 10% des hommes.

Parmi les patients avec SPA axiale radiographique 85.9% sont **HLAB27+** (contre 56.7% toutes spondyloarthrites confondues).

Dans la population générale, 27% des patients sont en **rémission (<1.3)** selon leur dernier ASDAS CRP connu et un ASDAS CRP moyen à 1.7. Le BASDAI moyen est à 5 mais peu représentatif car signalé chez moins de 10 patients sur 274.

On a un **IMC moyen** à 27.03 (soit en surpoids).

Concernant le **tabagisme,** 50% sont non renseignés, 1/4 environ sont d'anciens fumeurs, 14.2%, fumeurs actifs et seulement 12.8%, non-fumeurs.

Concernant le **bilan paraclinique**, 58% ont des atteintes aux imageries (dont 44% radiographique seule et 36% IRM seule), majoritairement aux sacro-iliaques seules (70%).

Concernant le **dépistage pré biothérapie par Quantiféron*,** nous avons environ la moitié de « non renseigné ». Si renseigné, 13% environ sont positifs (*ont eu un contact avec l'agent tuberculeux, même si ancien et traités avec antituberculeux de façon efficace).*

Concernant les **prises d'anti-inflammatoires,** 45.3% font des cures ponctuels d'AINS et 6.9% font des cures ponctuels de Corticoides (per os ou IV, de façon régulière).

Sur les 274 patients, 56% n'ont pas d'**antalgiques**: parmi ceux qui en ont, 71.3% prennent des Opioides faibles (dit palier 2+/-1, soit +/- associé à du PARACETAMOL).

Concernant la **kinésithérapie (axiale ou périphérique;** prescrite lors d'une hospitalisation ou une consultation), plus de 62.4% ont eu accès à une ordonnance sur leur suivi par leur rhumatologue du CHU.

Licence CC BY-NC-ND 3.0

Concernant la **classification,** 43% des patients ont une SPA axiale (soit 24.8%, radiographiques et 18.2%, non radiographiques). Près d'un quart ont une SPA-psoriasis. La SPA MICI et le SAPHO sont peu représentés.

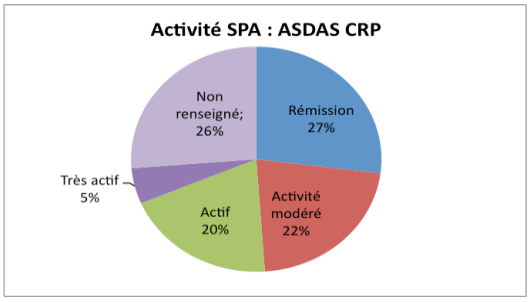

Figure 1 - Activité SPA

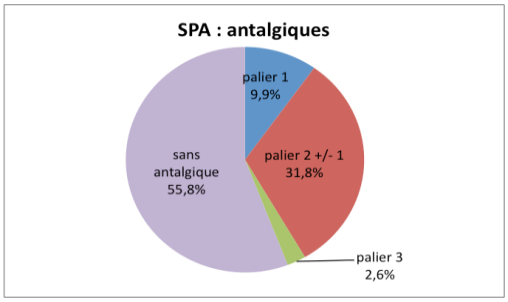

Figure 2 - Antalgie SPA

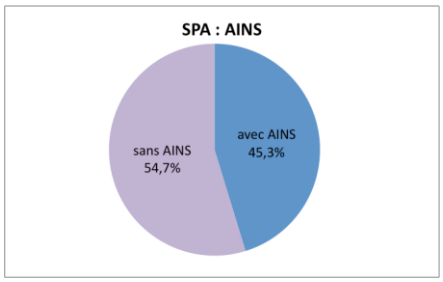

Figure 3 – AINS SPA

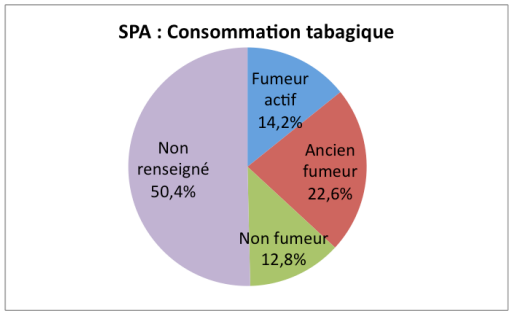

Figure 4- Tabagisme SPA

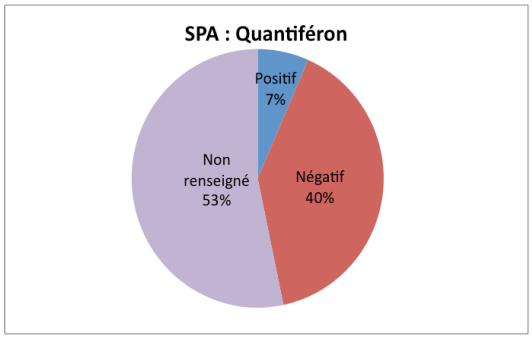

Figure 5- Quantiféron SPA

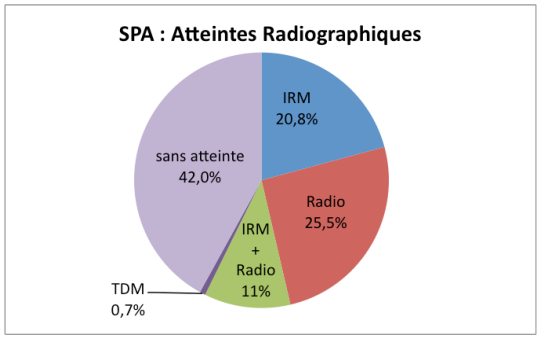

Figure 6- Bilan paraclinique SPA

Licence CC BY-NC-ND 3.0

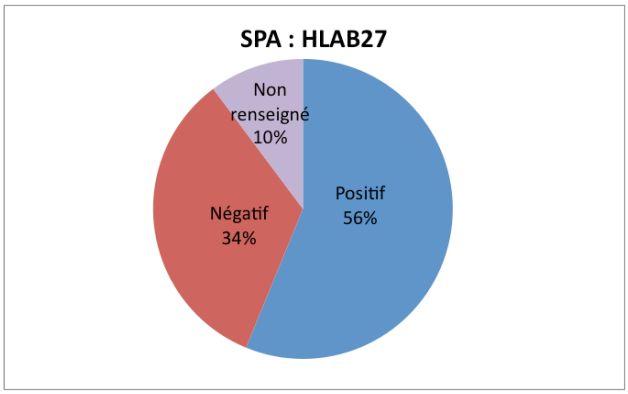

Figure 7 – HLA B27 et SPA

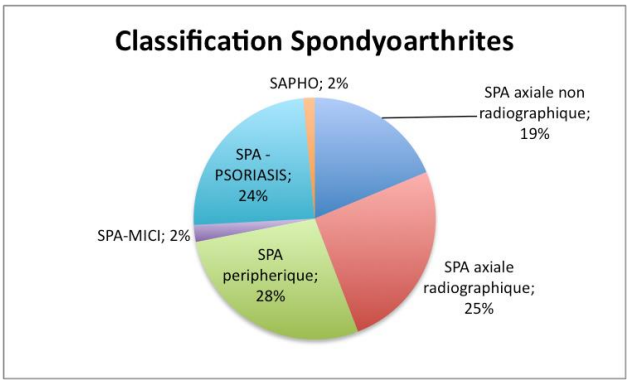

Figure 8 - classification SPA

II.1.2. Traitements

Chez nos 274 SPA, concernant les traitements conventionnels, 15.3% avaient du METHOTREXATE, 4.4% de la SALAZOPIRINE contre 80% qui n'en avaient pas. Concernant les biothérapies, 24.8% étaient sous ADALIMUMAB, 15.3% sous ETANERCEPT; contre 34.3% sans aucune biothérapie. Aucun traitement par tsDMARDs n'a été relevé.

Licence CC BY-NC-ND 3.0

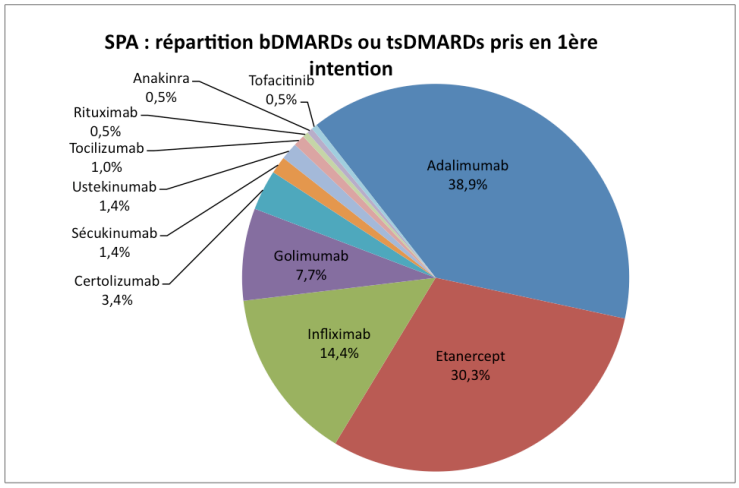

Figure 9 – bDMARDs ou tsDMARDs en cours SPA

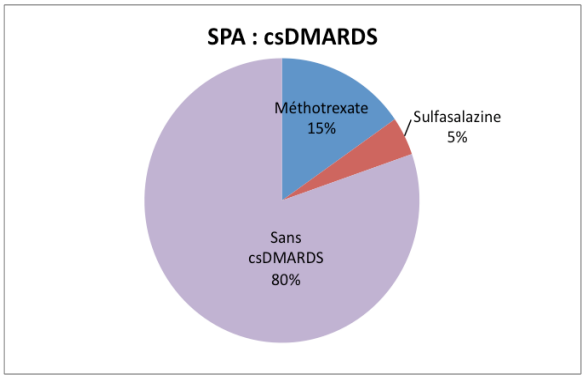

Figure 10- csDMARDs SPA

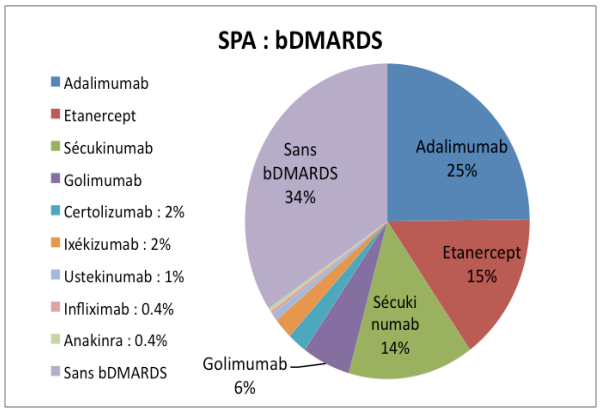

Figure 11 - bDMARDs SPA

Chez les >/= à 75 ans (N=13) il y a 92% sans conventionnels. Concernant les biothérapies, il y a 23.1% d'ADALIMUMAB/ETANERCEPT ; contre 23.1% sans biothérapie. Ils ont moins de csDMARDs et plus de bDMARDs.

Licence CC BY-NC-ND 3.0

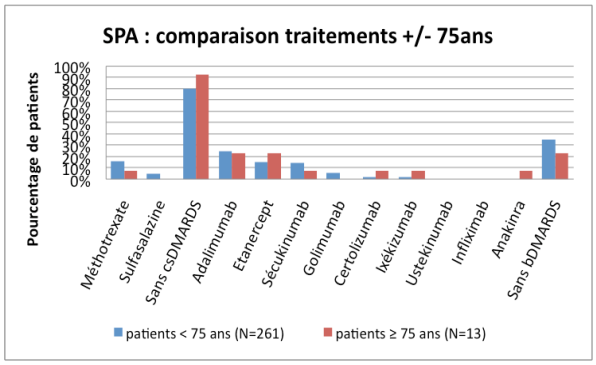

Figure 12 – Thérapeutique SPA selon âge

Chez les patients avec antécédents de cancer (N=22), 82% n'avaient pas de csDMARDs. Concernant les biothérapies, il y a 22.8% de SECUKINUMAB, 18.2% d'ETANERCEPT/ADALIMUMAB ; contre 36.4% sans biothérapie.

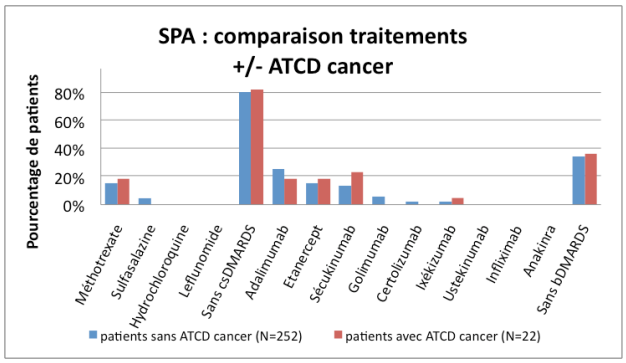

Figure 13 – Thérapeutique SPA si cancer (ou non)

II.1.3. Comorbidités

Concernant les comorbidités chez les 274 patients (1.9/patient), 33.9% ont au moins un antécédent cardiovasculaire, 33.6%, au moins un dermatologique et 25.9%, au moins un digestif.

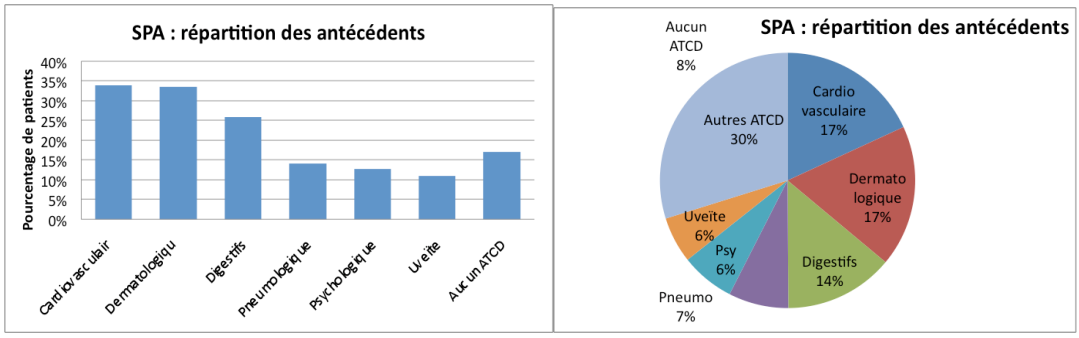

Figure 14 – Répartition antécédents SPA (1 ET 2)

Chez les patients âgés >/= de 75 ans (N=13, 2.8/patient), 69.2% ont au moins un antécédent cardiovasculaire, 38.5%, au moins un digestif et 23.1%, au moins un dermatologique.

Licence CC BY-NC-ND 3.0

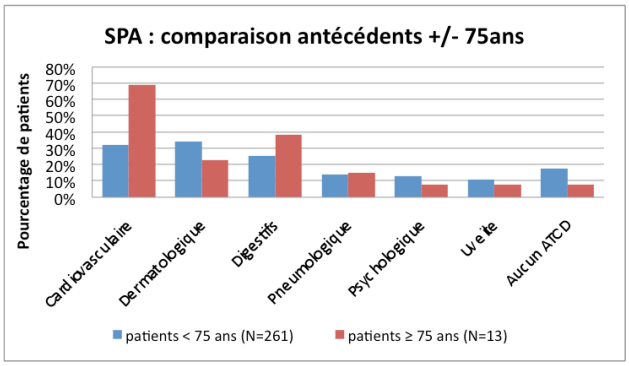

Figure 15 – Répartition antécédents selon âge SPA

Chez les patients avec antécédents de cancer (N=22, 3.3/patient), la moitié a au moins un antécédent cardiovasculaire, 40%, au moins un digestif et 36.4%, au moins un dermatologique.

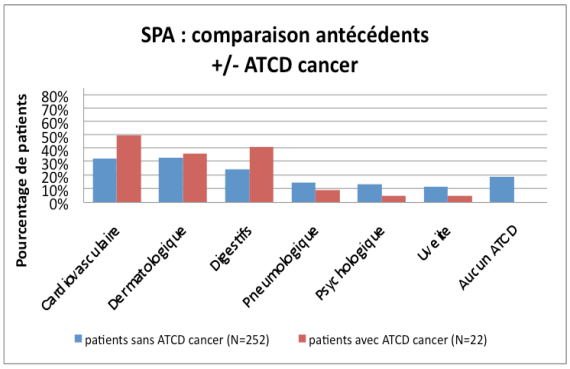

Figure 16 – Répartition antécédents si cancer (ou non) SPA

Parmi les effets secondaires (=236 pour N=274 patients, soit 0.9 par patient) constatés sous DMARDs, il y en a surtout 26.3%, cutanés et 23.3%, digestifs. 68.6% n'a eu aucun effet secondaire. En pondérant au nombre de prises, on avait un score « NOMBRE EII/NOMBRE PRISES » nettement élevé dans l'ordre pour le TOCILIZUMAB (à 0.6), l'IXEKIZUMAB (à 0.57), le LEFLUNOMIDE (à 0.53), l'INFLIXIMAB (à 0.5), et le CERTOLIZUMAB (à 0.45) notamment.

Licence CC BY-NC-ND 3.0

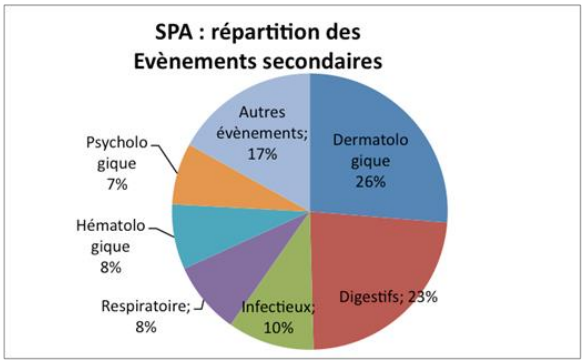

Figure 17 – Répartition événements secondaires SPA

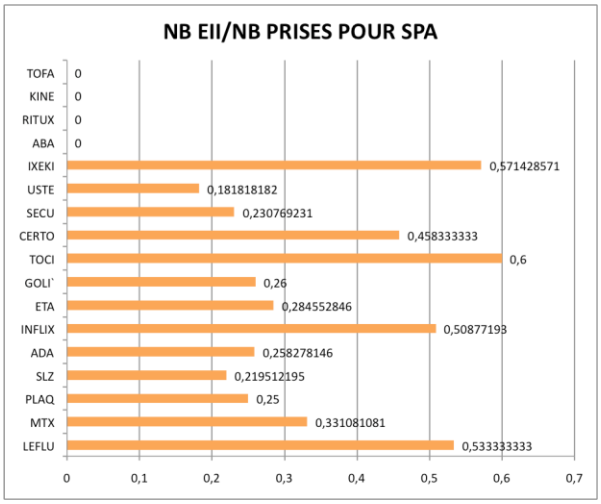

Figure 18 – Pondération sur nombre de prises SPA

Chez les >/= 75 ans, **les effets secondaires constatés (=14 pour N=13 soit 1.1 par patient)** sont pour la moitié digestifs (toute autre classe de iatrogénie faible). 61.5% n'a eu aucun effet secondaire. En pondérant au nombre de prises, on avait un résultat nettement élevé pour le METHOTREXATE (à 1.5), le TOCILIZUMAB/SALAZOPIRINE/LEFLUNOMIDE (chacun à 1) notamment.

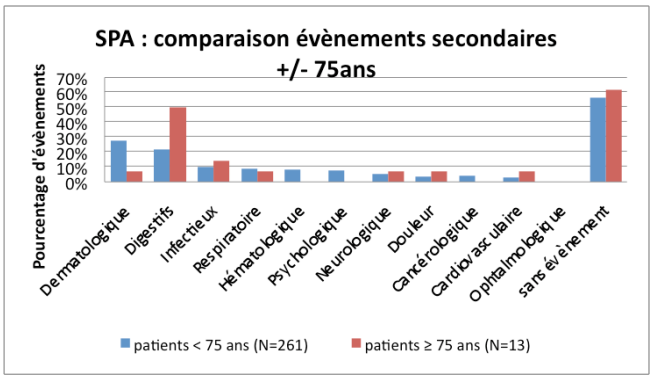

Figure 19 – Evénements secondaires SPA selon âge

Licence CC BY-NC-ND 3.0

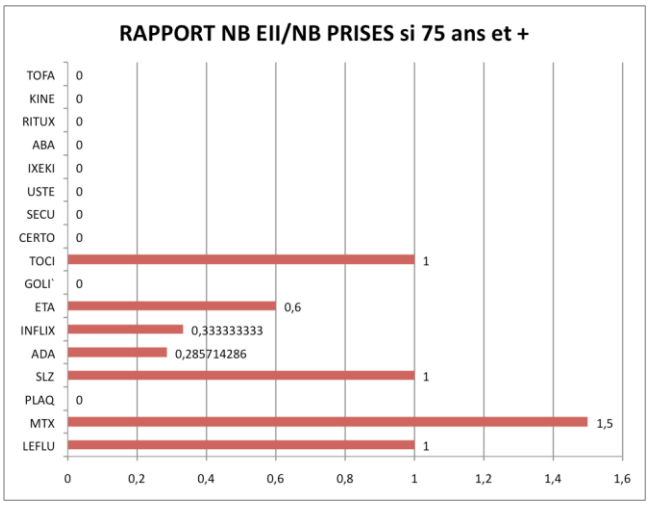

Figure 20 – Pondération sur nombre de prises si 75 ans et +. SPA

Chez les patients avec antécédents de cancer, les effets secondaires constatés (=27 pour N=22 soit 1.3 par patient) sont surtout digestifs à 31.0% et cancer-induits à 27.6%. 22.7% n'a eu aucun effet secondaire. En pondérant au nombre de prises, on avait un score nettement élevé pour le METHOTREXATE (à 3.5), le TOCILIZUMAB (à 2), l'INFLIXIMAB (à 1.4), la SALAZOPIRINE (à 1.33) notamment.

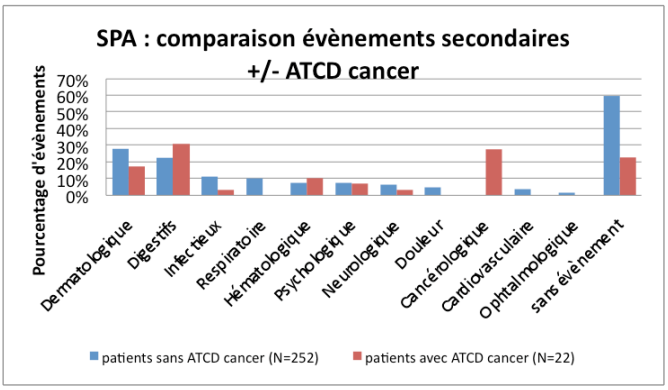

Figure 21 – Evénements secondaires SPA si cancer (ou non)

Licence CC BY-NC-ND 3.0

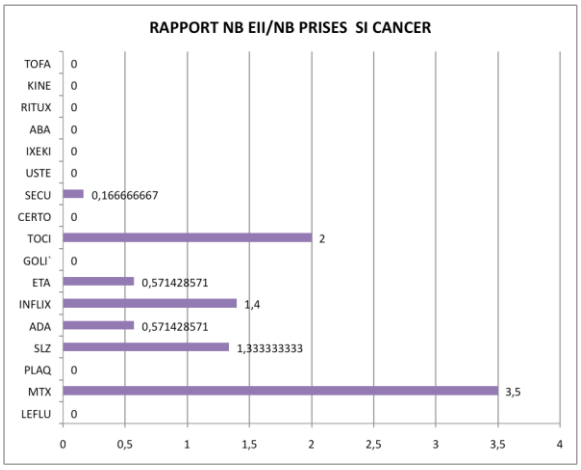

Figure 22 – Pondération au nombre de prises si cancer (ou non) SPA

En faisant une analyse **parmi les SPA axiales non radiographiques (N=50)** et en comparant ces « axSPA non rx » par rapport à toutes SpA confondues) nous avons le double de fibromyalgiques (14% contre 7%), autant d'antécédents psychologiques/psychiatriques (12% contre 13%), moins de comorbidités cardiovasculaires (24% contre 34%), dermatologiques (22 contre 34%) autant sans comorbidité (18% contre 17%), et plus d'uvéites (16% contre 11%) et troubles digestifs (34% contre 26%). Leur IMC est plus tolérable (25.42 contre 27.03), sans retard au diagnostic net, avec plus de femme (64% contre 55%), un HLAB27+ et un ASDAS CRP rémission, tous 2 légèrement plus fréquents.

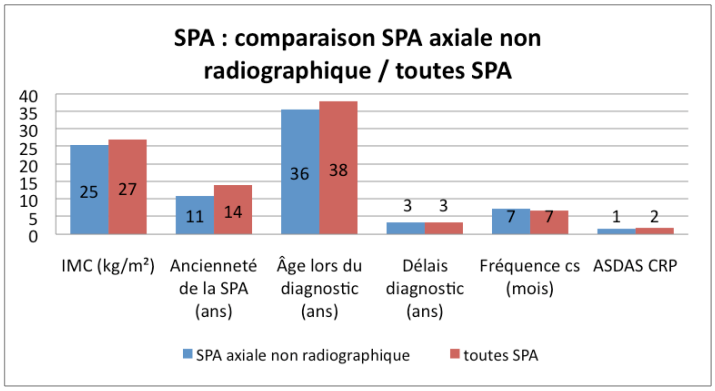

Figure 23 - Comparaison toutes SpA - SpA axiale non radiographique

Licence CC BY-NC-ND 3.0

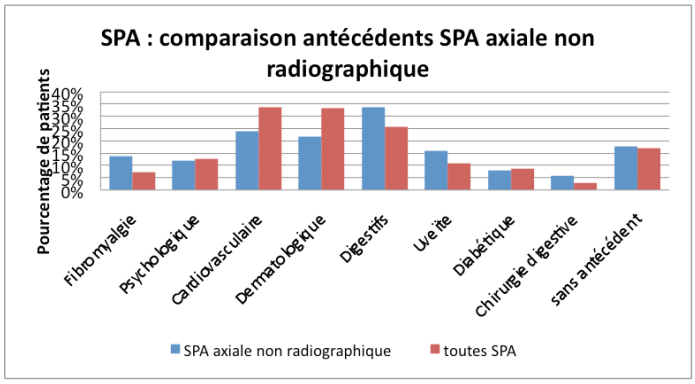

Figure 24 - Comparaison antécédents toutes SpA - SpA axiale non radiographique

Sur cet histogramme qui représente la proportion de sous type d'effet secondaire propre à chaque DMARDS nous remarquons qu'ici le PLAQUENIL est responsable que d'effets secondaires cutanés, le LEFLUNOMIDE surtout cutanés alors que le METHOTREXATE ou le TOCILIZUMAB sont surtout concernés par des effets secondaires digestifs (pour plus de la moitié).

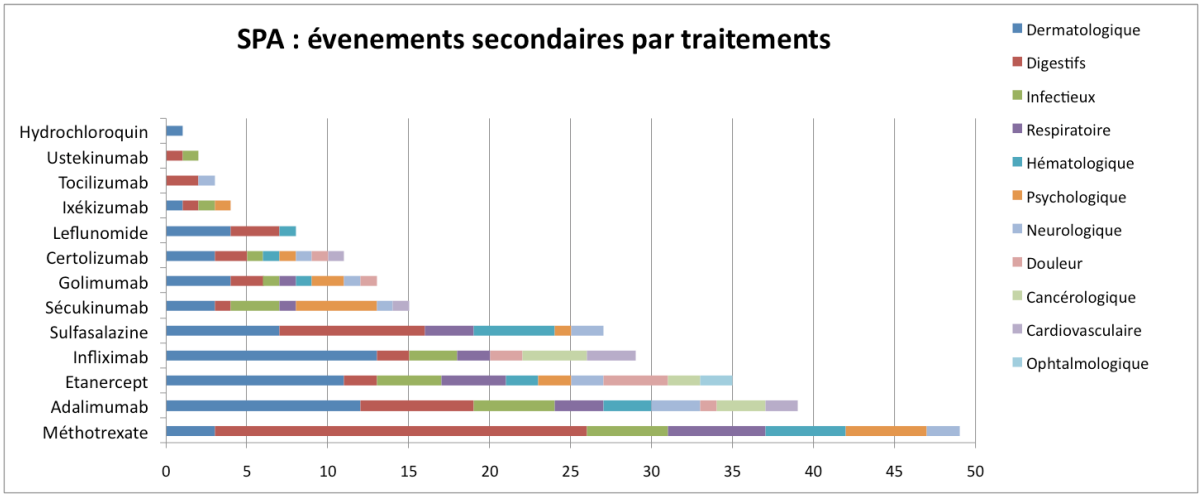

Figure 25 - Répartition sous type d'événement secondaire par traitement

En pratique chaque traitement est donné la plupart du temps en relais d'un autre mais la **hiérarchie appliquée** dépend des pratiques faites historiquement, du profil du patient et des recommandations actuelles: 3 anti TNFa sont souvent donnés en première intention:

-l'ETANERCEPT.moy=1.6, l'ADALIMUMAB/INFLIXIMAB.moy=1.7)

-contre 2e, 3e voir 4ème rang pour les l'ABATACEPT (moy=2), le GOLIMUMAB (moy=2.5), le TOCILIZUMAB (moy=2.6), l'USTEKINUMAB (moy=2.7), le CERTOLIZUMAB (moy=2.9), le TOFACITINIB (moy=3), le SECUKINUMAB (moy=3.4), IXEKIZUMAB (moy=3.7).

Ces chiffres sont biaisés concernant le KINERET et le RITUXIMAB rarement donnés dans la SPA (chacun ayant une moyenne d'ordre à 1).

Licence CC BY-NC-ND 3.0

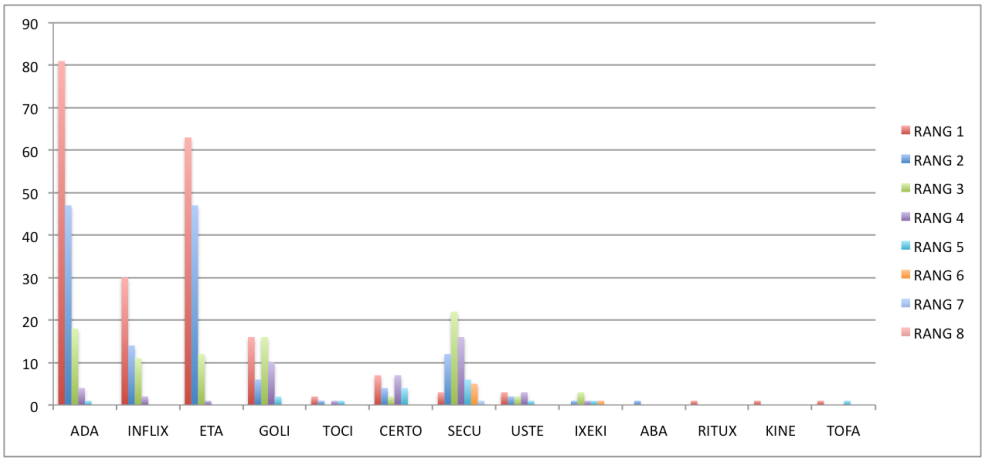

Figure 26 - Switch thérapeutique et rang d'intention selon traitement

II.2.Tables des SPA

Tableau 1 - répartition population SPA

N=226		N	Moyenne	Ecart-type	Médiane	Minimum	Maximum
Âge (ans)		274	51,9	14,0	52,2	16,8	90,8
Taille (cm)		203	168	9	168	148	198
Poids (kg)		188	76	19	75	42	161
IMC (kg/m²)		164	27,0	6,2	26	15	55
Ancienneté de la SPA (ans)		260	14,0	10,5	11,2	0,4	60,1
Âge lors du diagnostic (ans)		260	37,8	13,1	37,5	2,0	77,6
Délais diagnostic (ans)		138	3,4	5,4	1,4	0,0	33,5
Fréquence consultation (mois)		268	6,8	2,9	6	1	20
ASDAS CRP		202	1,7	1,0	1,60	0,10	4,80
BASDAI		7	5,0	1,6	5,00	2,90	8,30
Dose cortisone		19	5,7	3,2	5	2	15
Nombre de csDMARD		274	1,8	1,6	1	0	7
Nombre de bDMARD		274	1,1	0,7	1	0	3
Nombre d'antécédents		274	1,9	1,5	2,0	0,0	9,0
dont	patients < 75 ans	261	1,8	1,5	2	0	9
	patients ≥ 75 ans	13	2,8	1,8	2	0	6
dont	patients sans cancer	252	1,7	1,4	1,5	0	9
	patients avec cancer	22	3,3	1,6	3	1	7
Nombre d'évènements secondaires		236	0,9	1,3	0,0	0	6
dont	patients < 75 ans	222	0,9	1,3	0	0	6
	patients ≥ 75 ans	14	1,1	1,8	0	0	5
dont	patients sans cancer	207	0,8	1,3	0	0	6
	patients avec cancer	29	1,3	1,1	1	0	5
DAS28CRP		198	2,2	0,8	2,00	1,10	5,30

Licence CC BY-NC-ND 3.0

Tableau 2- répartition population SPA (suite)

		N	Fréquence	Pourcentage
Sexe	Femme	274	151	55,1%
	Homme		123	44,9%
Tabac	Fumeur actif	274	39	14,2%
	Ancien fumeur		62	22,6%
	Non fumeur		35	12,8%
	Non renseigné		138	50,4%
Classification	SPA périphérique+/- axiale	274	75	27,4%
	SPA axiale radiographique		68	24,8%
	Rhumatisme psoriasis		65	23,7%
	SPA axiale		50	18,2%
	SPA MICI		6	2,2%
	SAPHO		4	1,5%
	Indifférenciée+arthrite juvéniles+non renseigné		6	2,2%
HLAB27	Positif	274	154	56,2%
	Négatif		92	33,6%
	Non renseigné		28	10,2%
Quantiféron	Positif	274	18	6,6%
	Négatif		110	40,1%
	Non renseigné		146	53,3%
ASDAS CRP	Rémission : < 1,3	274	74	27,0%
	Activité modéré : ≥ 1,3 et < 2,1		60	21,9%
	Actif : ≥ 2,1 et < 3,5		54	19,7%
	Très actif : ≥ 3,5		14	5,1%
	Non renseigné		72	26,3%
Traitement antalgique		121		
	palier 1		27	22,1%
	palier 2 +/- 1		87	71,3%
	palier 3		7	5,7%
AINS	oui	274	124	45,3%
	non		150	54,7%
Cortisone	oui	274	19	6,9%
	Cure cortisone PO		9	3,3%
	Cure solumédrol		5	1,8%
	non		241	88,0%
Patients avec atteintes imagerie		274	159	58%
	dont IRM		57	36%
	Radiographique		70	44%
	IRM + Radiographique		30	19%
	TDM		2	1%
Localisation atteintes imagerie		159		
	Sacroiliaques		112	70%
	Rachidienne		14	9%
	Sacroiliaques + rachidienne		33	21%

Licence CC BY-NC-ND 3.0

Tableau 3 - antécédents et événements secondaires SPA

Antécédents	Cardiovasculaire	274	93	33,9%
	Dermatologique		92	33,6%
	Digestifs		71	25,9%
	Pneumologique		39	14,2%
	Psychologique		35	12,8%
	Uvéite		30	10,9%
	Diabétique		24	8,8%
	Neurologique		23	8,4%
	Cancerologique		22	8,0%
	Thyroïdien		22	8,0%
	Fibromyalgie		20	7,3%
	Hématologique		13	4,7%
	Orthopédique		12	4,4%
	Insuffisance rénale chronique		9	3,3%
	Chirurgie digestive		8	2,9%
	Patients sans antécédent		47	17,2%
Prescription kinésithérapie		274	171	62,4%
csDMARDS	Méthotrexate	274	42	15,3%
	Sulfasalazine		12	4,4%
	Hydrochloroquine		0	0,0%
	Leflunomide		0	0,0%
	Sans csDMARDS		220	80,3%
bDMARDS	Adalimumab	274	68	24,8%
	Etanercept		42	15,3%
	Sécukinumab		39	14,2%
	Golimumab		15	5,5%
	Certolizumab		6	2,2%
	Ixékizumab		6	2,2%
	Ustekinumab		2	0,7%
	Infliximab		1	0,4%
	Anakinra		1	0,4%
	Sans bDMARDS		94	34,3%
Evènements secondaires		236		
	Dermatologique		62	26,3%
	Digestifs		55	23,3%
	Infectieux		24	10,2%
	Respiratoire		20	8,5%
	Hématologique		18	7,6%
	Psychologique		17	7,2%
	Neurologique		13	5,5%
	Douleur		9	3,8%
	Cancérologique		9	3,8%
	Cardiovasculaire		7	3,0%
	Ophtalmologique		2	0,8%
	Patients sans évènement		***155***	***68,6%***

Licence CC BY-NC-ND 3.0

Tableau 4 - Analyse en sous groupes (thérapeutiques, antécédents et événements secondaires)

			Globale		patients < 75 ans (N=261)		patients ≥ 75 ans (N=13)		patients sans ATCD cancer		patients avec ATCD cancer	
			Fréquence	Pourcentage	Fréquence	Pourcentage	Fréquence	Pourcentage	Fréquence	Pourcentage	Fréquence	Pourcentage
csDMARDS	Méthotrexate		42	15,3%	41	15,7%	1	7,7%	38	15,1%	4	18,2%
	Sulfasalazine		12	4,4%	12	4,6%	0	0,0%	12	4,8%	0	0,0%
	Hydrochloroquine		0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
	Leflunomide		0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
	Sans csDMARDS		220	80,3%	208	79,7%	12	92,3%	202	80,2%	18	81,8%
bDMARDS	Adalimumab		68	24,8%	65	24,9%	3	23,1%	64	25,4%	4	18,2%
	Etanercept		42	15,3%	39	14,9%	3	23,1%	38	15,1%	4	18,2%
	Sécukinumab		39	14,2%	38	14,6%	1	7,7%	34	13,5%	5	22,7%
	Golimumab		15	5,5%	15	5,7%	0	0,0%	15	6,0%	0	0,0%
	Certolizumab		6	2,2%	5	1,9%	1	7,7%	6	2,4%	0	0,0%
	Ixékizumab		6	2,2%	5	1,9%	1	7,7%	5	2,0%	1	4,5%
	Ustekinumab		2	0,7%	2	0,8%	0	0,0%	2	0,8%	0	0,0%
	Infliximab		1	0,4%	1	0,4%	0	0,0%	1	0,4%	0	0,0%
	Anakinra		1	0,4%	0	0,0%	1	7,7%	1	0,4%	0	0,0%
	Sans bDMARDS		94	34,3%	91	34,9%	3	23,1%	86	34,1%	8	36,4%
Antécédents	Cardiovasculaire		93	33,9%	84	32,2%	9	69,2%	82	32,5%	11	50,0%
	Dermatologique		92	33,6%	89	34,1%	3	23,1%	84	33,3%	8	36,4%
	Digestifs		71	25,9%	66	25,3%	5	38,5%	62	24,6%	9	40,9%
	Pneumologique		39	14,2%	37	14,2%	2	15,4%	37	14,7%	2	9,1%
	Psychologique		35	12,8%	34	13,0%	1	7,7%	34	13,5%	1	4,5%
	Uveïte		30	10,9%	29	11,1%	1	7,7%	29	11,5%	1	4,5%
	Diabétique		24	8,8%	19	7,3%	5	38,5%	21	8,3%	3	13,6%
	Neurologique		23	8,4%	22	8,4%	1	7,7%	22	8,7%	1	4,5%
	Cancerologique		22	8,0%	20	7,7%	2	15,4%	0	0,0%	22	100,0%
	Thyroïdien		22	8,0%	20	7,7%	2	15,4%	17	6,7%	5	22,7%
	Fibromyalgie		20	7,3%	20	7,7%	0	0,0%	18	7,1%	2	9,1%
	Hématologique		13	4,7%	11	4,2%	2	15,4%	11	4,4%	2	9,1%
	Orthopédique		12	4,4%	10	3,8%	2	15,4%	9	3,6%	3	13,6%
	Insuffisance rénale chronique		9	3,3%	7	2,7%	2	15,4%	7	2,8%	2	9,1%
	Chirurgie digestive		8	2,9%	8	3,1%	0	0,0%	7	2,8%	1	4,5%
	Patients sans antécédent		***47***	***17,2%***	***46***	***17,6%***	***1***	7,7%	***47***	***18,7%***	***0***	***0,0%***
Evènements secondaires		**N**	**236**		**222**		**14**		**207**		**29**	
	Dermatologique		62	26,3%	61	27,5%	1	7,1%	57	27,5%	5	17,2%
	Digestifs		55	23,3%	48	21,6%	7	50,0%	46	22,2%	9	31,0%
	Infectieux		24	10,2%	22	9,9%	2	14,3%	23	11,1%	1	3,4%
	Respiratoire		20	8,5%	19	8,6%	1	7,1%	20	9,7%	0	0,0%
	Hématologique		18	7,6%	18	8,1%	0	0,0%	15	7,2%	3	10,3%
	Psychologique		17	7,2%	17	7,7%	0	0,0%	15	7,2%	2	6,9%
	Neurologique		13	5,5%	12	5,4%	1	7,1%	12	5,8%	1	3,4%
	Douleur		9	3,8%	8	3,6%	1	7,1%	9	4,3%	0	0,0%
	Cancérologique		9	3,8%	9	4,1%	0	0,0%	1	0,5%	8	27,6%
	Cardiovasculaire		7	3,0%	6	2,7%	1	7,1%	7	3,4%	0	0,0%
	Ophtalmologique		2	0,8%	2	0,9%	0	0,0%	2	1,0%	0	0,0%
	Patients sans évènement		***155***	***68,6%***	***147***	***56,3%***	***8***	***61,5%***	***150***	***59,5%***	***5***	***22,7%***

Licence CC BY-NC-ND 3.0

Tableau 5 - Répartition population SPA axiale non radiographique

N=226	N	Moyenne	Ecart-type	Médiane	Minimum	Maximum
Âge (ans)	50	46,6	9,2	46,6	23,6	70,0
Taille (cm)	35	168	9	170	150	185
Poids (kg)	37	74	22	73	45	161
IMC (kg/m²)	32	25,4	4,3	26	18	37
Ancienneté de la SPA (ans)	48	11,1	6,3	9,8	1,8	31,4
Âge lors du diagnostic (ans)	48	35,5	9,0	33,7	13,2	57,6
Délais diagnostic (ans)	31	3,5	5,4	1,3	0,1	25,1
Fréquence consultation (mois)	49	7,4	2,8	6	1	12
ASDAS CRP	34	1,5	0,8	1,45	0,40	3,40
BASDAI	4	4,8	0,5	5,00	4,10	5,10
Dose cortisone	50	0,0	0,0	0	0	0
Nombre de csDMARD	50	2,1	1,6	2	0	6
Nombre de bDMARD	50	0,9	0,8	1	0	3
Nombre d'antécédents	50	1,7	1,5	1,0	0,0	7,0
Nombre d'évènements secondaires	36	0,7	1,1	0,0	0	5

Tableau 6 - Répartition population SPA axiale non radiographique (suite)

SPA axiale non radiographique		N	Fréquence	Pourcentage
Sexe	Femme	50	32	64,0%
	Homme		18	36,0%
Tabac	Fumeur actif	50	7	14,0%
	Ancien fumeur		7	14,0%
	Non fumeur		9	18,0%
	Non renseigné		27	54,0%
HLAB27	Positif	50	30	60,0%
	Négatif		20	40,0%
	Non renseigné		0	0,0%
Quantiféron	Positif	50	3	6,0%
	Négatif		24	48,0%
	Non renseigné		23	46,0%
ASDAS CRP	Rémission : < 1,3	50	15	30,0%
	Activité modéré : ≥ 1,3 et < 2,1		11	22,0%
	Actif : ≥ 2,1 et < 3,5		8	16,0%
	Très actif : ≥ 3,5		0	0,0%
	Non renseigné		16	32,0%
Traitement antalgique		27		
	palier 1		4	14,8%
	palier 2 +/- 1		21	77,8%
	palier 3		2	7,4%
AINS	oui	50	27	54,0%
	non		23	46,0%
Cortisone	non	50	50	100,0%
Patients avec atteintes imagerie		48		
	dont IRM		28	58%
	IRM + Radiographique		1	2%
Antécédents	Cardiovasculaire	50	12	24,0%
	Dermatologique		11	22,0%
	Digestifs		17	34,0%
	Pneumologique		6	12,0%
	Psychologique		6	12,0%
	Uveite		8	16,0%
	Diabétique		4	8,0%
	Neurologique		4	8,0%
	Cancerologique		2	4,0%
	Thyroïdien		4	8,0%
	Fibromyalgie		7	14,0%
	Hématologique		1	2,0%
	Orthopédique		1	2,0%
	Insuffisance rénale chronique		1	2,0%
	Chirurgie digestive		3	6,0%
	Patients sans antécédent		9	18,0%
Prescription kinésithérapie		50	35	70,0%

Licence CC BY-NC-ND 3.0

Tableau 7 - Comorbidités toutes SPA et SPA axiale non radiographique

	SPA ax	toutes SPA
Fibromyalgie	14%	7%
Psychologique	12%	13%
Cardiovasculaire	24%	34%
Dermatologique	22%	34%
Digestifs	34%	26%
Uvéite	16%	11%
Diabétique	8%	9%
Chirurgie digestive	6%	3%
sans antécédent	18%	17%

Tableau 8 - Thérapeutique et événements secondaires SPA axiale non radiographique

csDMARDS	Méthotrexate	50	3	6,0%
	Sulfasalazine		4	8,0%
	Hydrochloroquine		0	0,0%
	Leflunomide		0	0,0%
	Sans csDMARDS		43	86,0%
bDMARDS	Adalimumab	50	9	18,0%
	Etanercept		10	20,0%
	Sécukinumab		9	18,0%
	Golimumab		2	4,0%
	Certolizumab		1	2,0%
	Ixékizumab		0	0,0%
	Ustekinumab		0	0,0%
	Infliximab		0	0,0%
	Anakinra		0	0,0%
	Sans bDMARDS		19	38,0%
Evènements secondaires		36		
	Dermatologique		12	33,3%
	Digestifs		9	25,0%
	Infectieux		2	5,6%
	Respiratoire		3	8,3%
	Hématologique		3	8,3%
	Psychologique		2	5,6%
	Neurologique		2	5,6%
	Douleur		1	2,8%
	Cancérologique		1	2,8%
	Cardiovasculaire		1	2,8%
	Ophtalmologique		0	0,0%
	Patients sans évènement	***50***	***29***	***58,0%***

II.3.**Polyarthrite Rhumatoïde**

II.3.1. Caractéristiques socio-démographiques et cliniques

Nous avons donc 226 patients inclus dans le groupe « PR ». Nous avons 77% de femmes dont 77.3% avant 60ans.

Ils sont **suivi** tous les 7.5 mois en moyenne. Le **diagnostic moyen** est fait à 52.4 ans, avec **délai** moyen symptôme/diagnostic de 1.6ans et une **ancienneté** de 13.1ans.

Le Facteur Rhumatoïde est présent chez 55.9% des patients et l'ACPA est présent chez 59%. Dans 45.5% des cas les patients ont des ACPA+ associés aux FR+.

Au plan **structural**, 52% n'ont pas de PR érosive ni même de pincement et 28.4% ont des érosions seules sur la précédente imagerie.

Dans la population générale, 54.9% sont en **rémission** selon leur dernier DAS28 CRP, avec DAS28 CRP moyen à 2.6 (contre 43.8% sont en rémission selon DAS28 VS avec DAS28 VS moyen est à 2.8). 84.8% sont en rémission maintenue à 6 mois.

Licence CC BY-NC-ND 3.0

L'**IMC** moyen est à 26.6 (soit en surpoids).

Concernant le **tabagisme**, 24.1% sont d'anciens fumeurs et 70.4% sont des fumeurs actifs (sur les 54 renseignés).

Concernant le bilan pré biothérapie, le **Quantiféron*** est positif dans 11.5%, négatif dans 35.8%, et non renseigné pour 52.7%.

En moyenne, 26.9% prennent des CORTANCYL avec 6.6mg/jour (si donnés). La posologie moyenne d'HYDROCORTISONE (en vue d'un sevrage en CORTANCYL) est de 16.1mg.

En moyenne, 10.1% des PR prennent des antidépresseurs/antiépileptiques.

Concernant les antalgiques **classiques**, la plupart des patients n'en prennent pas (68.6%). A part égal (46.5%), ils ne prennent que du PARACETAMOL ou des Opioides faibles (+/-avec PARACETAMOL).

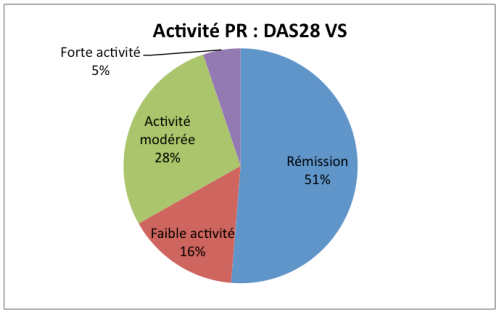

Figure 27 - Activité PR

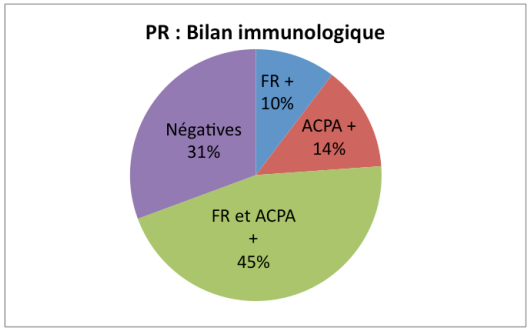

Figure 28 - Immunologie et PR

Licence CC BY-NC-ND 3.0

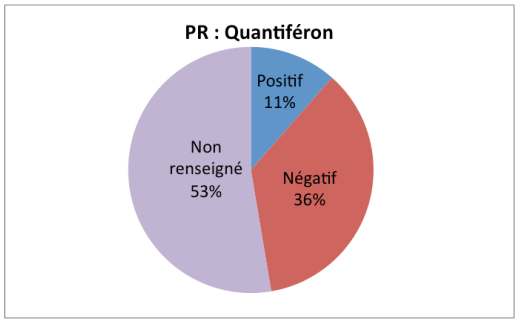

Figure 29 - Quantiféron PR

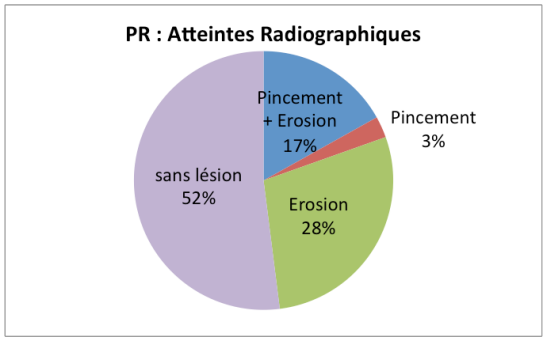

Figure 30 - Bilan paraclinique PR

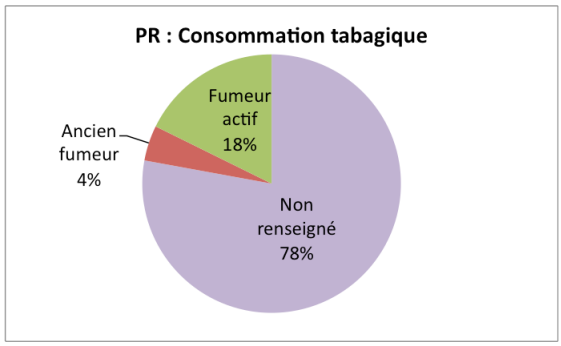

Figure 31 - Tabagisme PR

Concernant **les DMO basses (définit par Tscore <-1, soit ostéopénique ou ostéoporotique), elles sont souvent mixtes:** plus basse sur le versant corticale (62%) que trabéculaire (32%). 42 patients sont sous traitement anti ostéoporotiques actuellement. La forme PER OS est plus fréquente avec le RISEDRONATE 75mg ou 35mg (47.6%). Vient ensuite la forme IV avec le ZOLEDRONATE (33.3%).

Licence CC BY-NC-ND 3.0

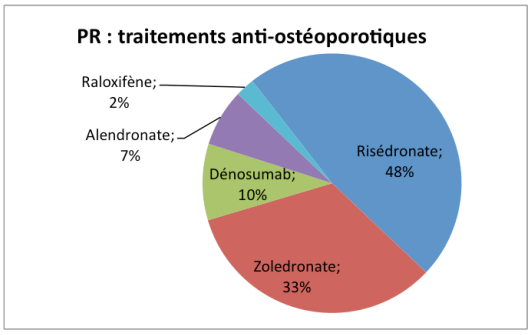

Figure 32 - Thérapeutique de l'ostéoporose PR

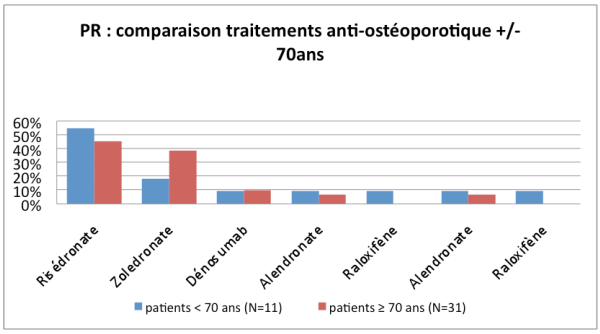

Figure 33 - Comparaison traitement antiostéoporotique selon âge

Parmis **les >/= à 70ans sous Corticoides** au long cours (N=29), 55.2% ont un traitement antiostéoporotique, dont 27.6% sous RISEDRONATE et 17.2% sous ZOLEDRONATE.

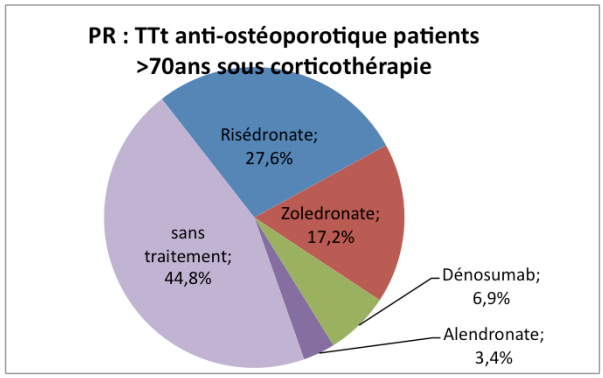

Figure 34 - Patients > 70 ans sous Corticoides

II.3.2. Traitements

Concernant les **traitements sur les 226 patients**, parmi les csDMARDs il y a 51.8% de METHOTREXATE, peu de LEFLUNOMIDE et SALAZOPIRINE et 42.5% sans. Parmi les bDMARDs il y a surtout plus de 8% sous ABATACEPT/ETANERCEPT. 10% sont sous JAKI.

Licence CC BY-NC-ND 3.0

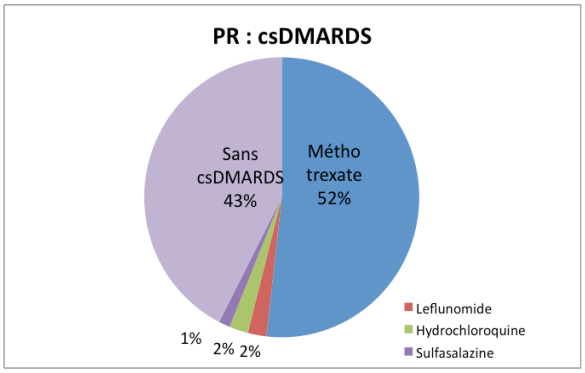

Figure 35 - csDMARDs PR

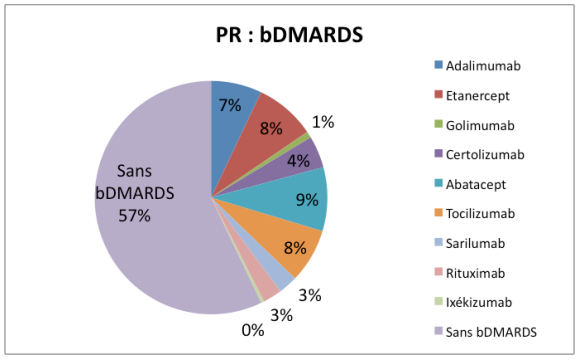

Figure 36 - bDMARDs PR

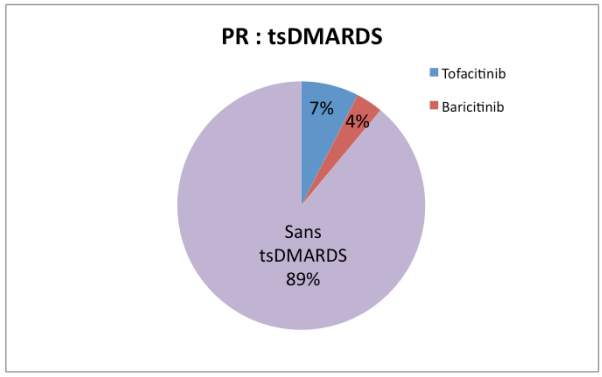

Figure 37 - tsDMARDs PR

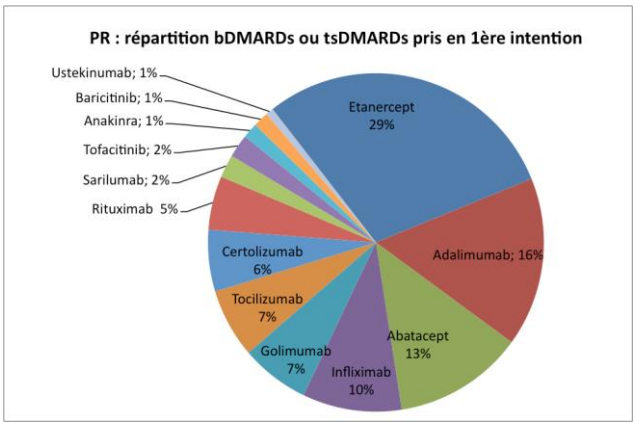

Figure 38 - bDMARDs ou tsDMARDs en cours PR

Licence CC BY-NC-ND 3.0

Parmi les >/= 75 ans, concernant les csDMARDs, il y a 49.1% de METHOTREXATE contre 50.9% sans. Concernant les bDMARDs, 61.8% n'en prennent pas, ou en priorité l'ABATACEPT (9%). 20% prennent des JAKI. Ils ont moins de csDMARDs et bDMARDs mais plus de ts DMARDs.

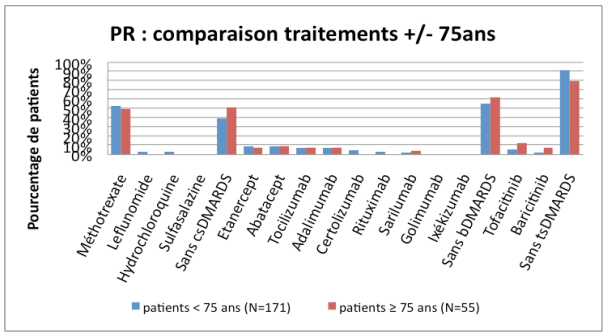

Figure 39 - Comparaison thérapeutique PR selon âge

Parmi les patients avec antécédent de cancer, il y a dans les csDMARDS 2/3 de METHOTREXATE contre 1/3 sans csDMARDs. Dans les bDMARDs notamment 7.4% de RITUXIMAB et dans les tsDMARDs, notamment 3.7% de TOFACINITIB. Ils ont moins bDMARDs et tsDMARDs mais plus de csDMARDs.

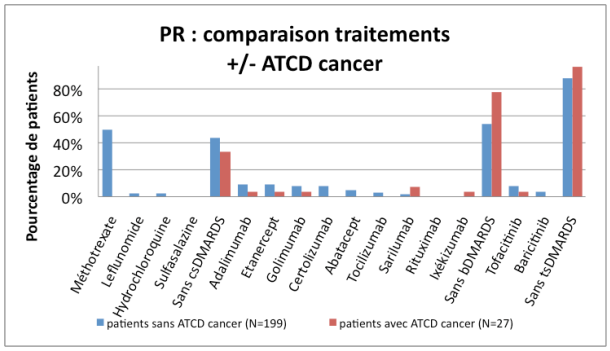

Figure 40 - Comparaison thérapeutique PR si cancer (ou non)

II.3.3. Comorbidités

Concernant les **comorbidités** (2/patient), il y a chez nos 226 patients majoritairement des problèmes cardiovasculaires (48.2%), pneumologiques (22.6%), orthopédiques/digestif (16.4%).

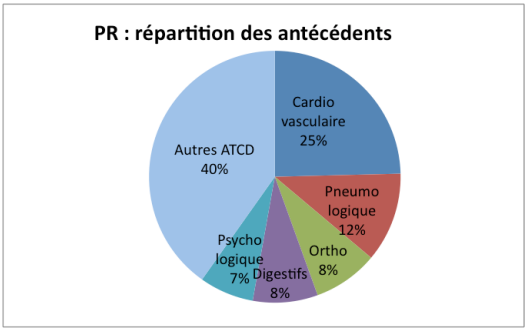

Figure 41 - Répartition antécédents PR

Parmi les >/= 75 ans (2.1/patient), il y a des problèmes surtout cardiovasculaires (45.5%) et

Licence CC BY-NC-ND 3.0

pneumologiques (38.2%) notamment.

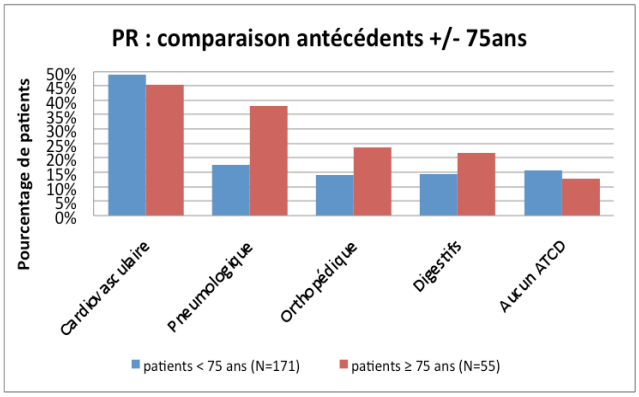

Figure 42 - Comparaison antécédents PR selon âge

Parmi les patients avec antécédents de cancer (1.6/patient), il y a eu surtout des problèmes cardiovasculaires (44.4%) et digestifs/pneumologiques (chacun 22.2%).

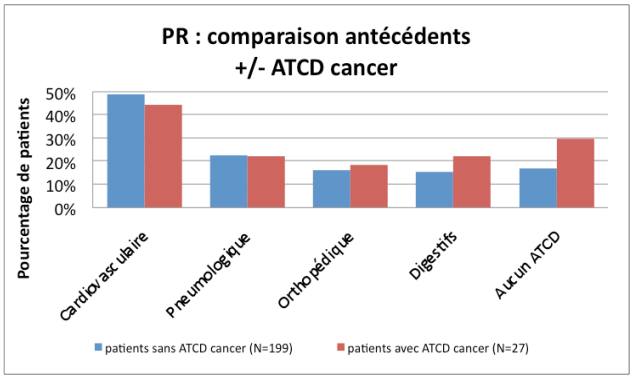

Figure 43 - Comparaison antécédents PR si cancer (ou non)

Concernant les effets secondaires (=248 pour N=226 soit 1.1 par patient), il y a notamment des comorbidités digestives (28.2%), contre 52.2% sans effets secondaires. Pondéré sur nombre de prises, les traitements donnant le plus d'effets secondaires sont le RITUXIMAB (rapport=0.57), et le TOCILIZUMAB (=0.48).

Licence CC BY-NC-ND 3.0

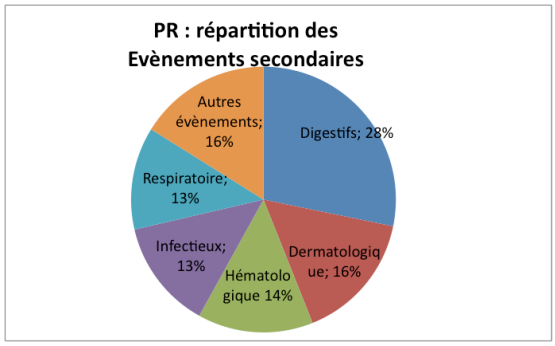

Figure 44 - Répartition événements secondaires PR

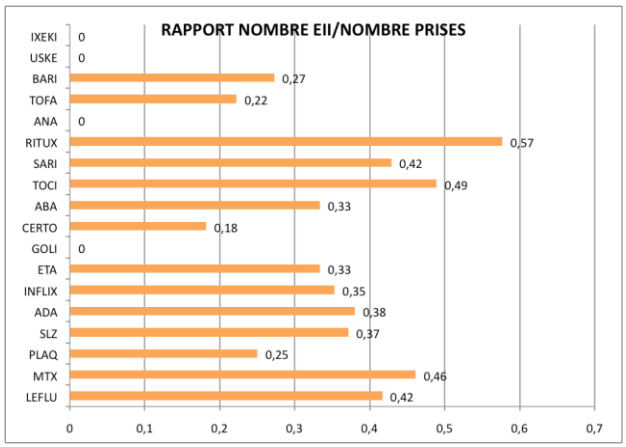

Figure 45 - pondération selon nombre de prise PR

Parmi les **>/= 75 ans,** les effets secondaires **(=84 pour N=55 soit 1.5 par patient)** les plus fréquents sont hématologiques (20.2%), puis digestifs/cutanés (chacun 19%) (contre 40% sans iatrogénie). Pondéré sur nombre de prises, les traitements en donnant le plus sont le GOLIMUMAB (rapport=1), le RITUXIMAB (=0.7), le TOCILIZUMAB (=0.625) et l'ABATACEPT (=0.6).

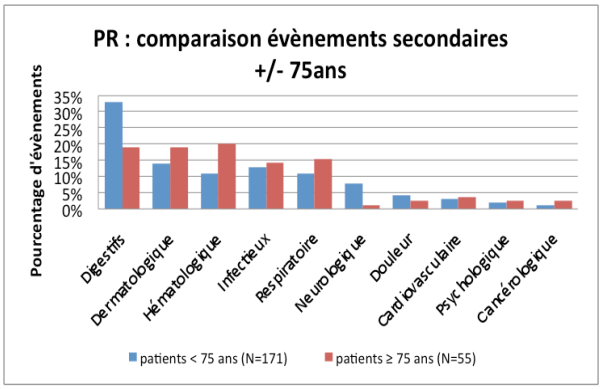

Figure 46 - Evénements secondaires selon âge PR

Licence CC BY-NC-ND 3.0

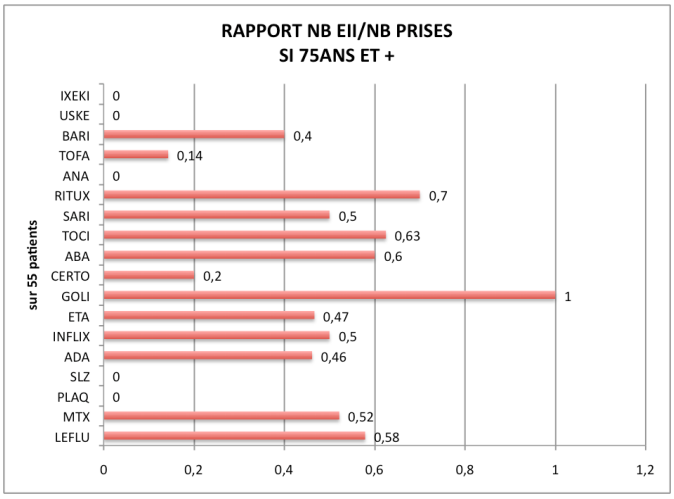

Figure 47 - Pondération selon nombre de prises PR si 75ans et plus

Concernant les effets secondaires parmi les patients avec **antécédents de cancer (=35 pour N=27 soit 1.3 par patient)**, les plus fréquents sont digestifs/cutanés (chacun 22.9%).

Pondéré sur nombre de prises, les traitements en donnant le plus sont le LEFLUNOMIDE (rapport=1), la SALAZOPIRINE (=0.83) et le METHOTREXATE (=0.66).

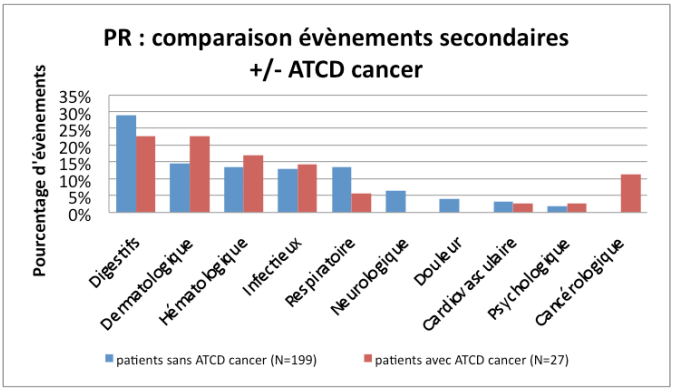

Figure 48 - Comparaison événements secondaires si cancer (ou non) PR

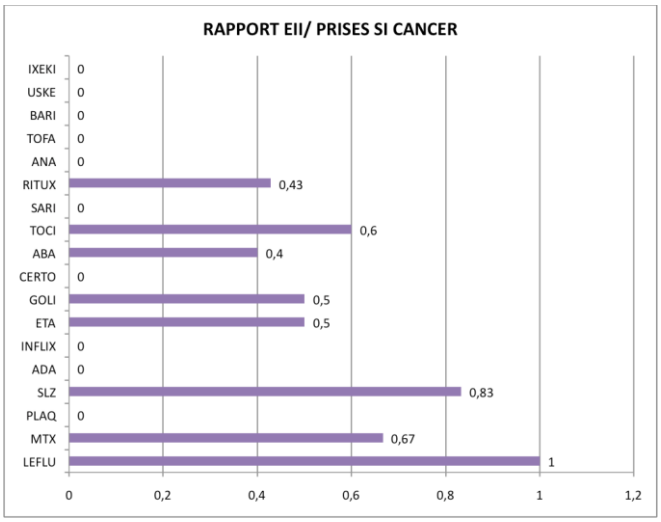

Figure 49 - Pondération selon nombre de prises PR si cancer

Licence CC BY-NC-ND 3.0

En observant nous voyons sur cet histogramme que le BARICITINIB et le TOFACITINIB donnent majoritairement des problèmes infectieux. Le SARILUMAB et le GOLIMUMAB, quant à eux, donnent surtout des problèmes hématologiques.

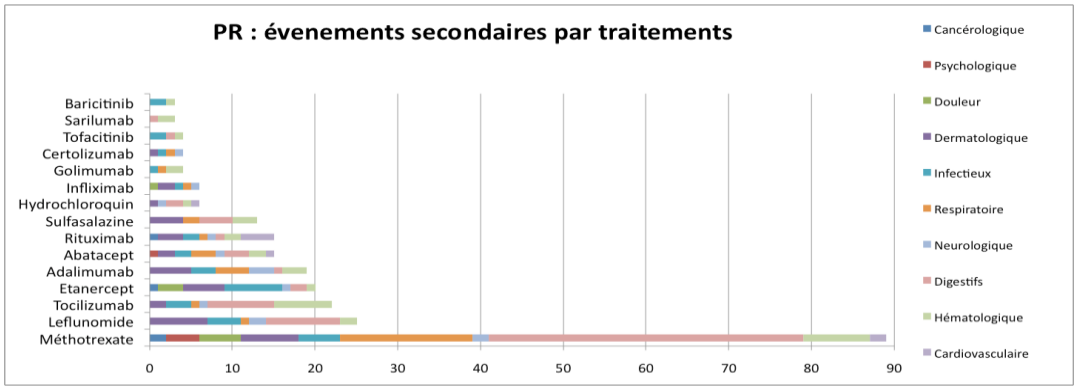

Figure 50 - Répartition sous types d'événements secondaires par traitements PR

En pratique chaque traitement est donné la plupart du temps en relais d'un autre mais la **hiérarchie appliquée** dépend des pratiques faites historiquement, du profil du patient et des recommandations actuelles. Concernant les bDMARDs et tsDMARDs dans la PR, on montre que tous les anti TNFa sont donnés en premier (notamment l'INFLIXIMAB avec R.moyen=1.29) ou 2ème intention (Pour CERTOLIZUMAB, R.moyen=2.2). En 2 ou 3ème rang sont donnés l'ABATACEPT (R.moy=2.3), le TOCILIZUMAB (R.moy=2.69) le SARILUMAB (R.moy=1.9), le RITUXIMAB (R.moy=2.5). Le TOFACITINIB (=4.1) et le BARICITINIB (=4) en 4è rang. A noter que l'IXEKIZUMAB (rang=5) est donné qu'une fois dans la PR, ce patient a échappé à 4 DMARDs avant et persiste pour lui un doute sur un rhumatisme psoriasique.

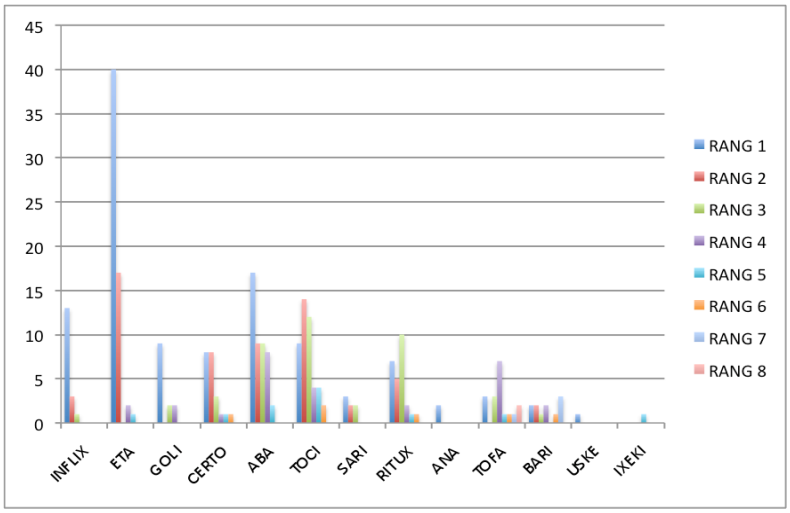

Figure 51 - Switch thérapeutique et rang thérapeutique PR

Licence CC BY-NC-ND 3.0

II.4.**Tables des PR**

Tableau 9 - répartition population PR

N=226		N	Moyenne	Ecart-type	Médiane	Minimum	Maximum
Âge (ans)		226	65,6	12,8	19,3	91,4	67,3
Taille (cm)		151	164	9	163	146	191
Poids (kg)		114	70	16	70	41	134
IMC (kg/m²)		98	26,6	5,2	25,8	16,6	39,3
Ancienneté de la PR (ans)		224	13,1	10,0	11,0	0,4	50,4
Âge lors du diagnostic (ans)		224	52,4	13,8	53,3	3,8	83,4
Délais diagnostic (ans)		133	1,6	3,2	0,8	0,1	30,2
DAS 28 VS		193	2,8	1,3	2,5	0,5	6,4
DAS 28 CRP		208	2,6	1,1	2,3	0,9	6,9
Fréquence consultation (mois)		223	7,5	19,0	1	24	6
Dose cortisone		59	6,6	4,4	5	1	25
Dose hydrocortisone		9	16,1	4,9	20	10	20
Nombre de bDMARD/tsDMARD		226	1,4	1,7	1	0	8
Nombre d'antécédents		226	2,0	1,5	2,0	0,0	8,0
dont	patients < 75 ans	171	1,9	1,5	2	0	8
	patients ≥ 75 ans	55	2,1	1,5	2	0	6
dont	patients sans cancer	199	1,9	1,5	2	0	8
	patients avec cancer	27	1,6	1,7	1	0	6
Nombre d'évènements secondaires		248	1,1	1,6	0,0	0	11
dont	patients < 75 ans	171	1,0	1,4	0	0	6
	patients ≥ 75 ans	55	1,5	2,1	1	0	11
dont	patients sans cancer	199	1,1	1,6	0	0	11
	patients avec cancer	27	1,3	1,7	1	0	6

Tableau 10 - répartition population PR (suite)

		N	Fréquence	Pourcentage
Sexe	Femme	226	174	77,0%
	Homme		52	23,0%
Tabac	Ancien fumeur	54	13	24,1%
	Fumeur actif		38	70,4%
Sérologie positive		222	154	69,4%
dont:	FR +		23	10,4%
	ACPA +		30	13,5%
	FR et ACPA +		101	45,5%
Atteintes radiologiques		225	108	48,0%
dont:	Pincement		6	2,7%
	Erosion		64	28,4%
	Pincement + Erosion		38	16,9%
Quantiféron	Positif	226	26	11,5%
	Négatif		81	35,8%
	Non renseigné		119	52,7%
DAS 28 VS		226		
	Rémission ≤ 2,6		99	43,8%
	Faible activité > 2,6 - 3,2		30	13,3%
	Activité modérée > 3,2 - 5,1		54	23,9%
	Forte activité > 5,1		10	4,4%
	Non renseigné		33	14,6%
DAS 28 CRP		226		
	Rémission ≤ 2,6		124	54,9%
	Faible activité > 2,6 - 3,2		34	15,0%
	Activité modérée > 3,2 - 5,1		45	19,9%
	Forte activité > 5,1		5	2,2%
	Non renseigné		18	8,0%
Patients rémission > 6 mois		112		
	oui		95	84,8%
	non		17	15,2%
Traitements antalgique		226	71	31,4%
dont:	palier 1		33	46,5%
	palier 2+/- 1		33	46,5%
	palier 3		4	5,6%
AINS	oui	45	34	75,6%
	non		11	24,4%

Licence CC BY-NC-ND 3.0

Tableau 11 - DMARDs et antiostéoporotique PR (1, 2 et 3)

Antécédents	Cardiovasculaire	226	109	48,2%
	Pneumologique		51	22,6%
	Orthopédique		37	16,4%
	Digestifs		37	16,4%
	Psychologique		31	13,7%
	Cancérologique		27	11,9%
	Hématologique		27	11,9%
	insuffisance rénale chronique		27	11,9%
	Thyroïdien		27	11,9%
	Neurologique		20	8,8%
	Diabétique		18	8,0%
	Dermatologique		14	6,2%
	Maladie auto-immune		13	5,8%
	Fibromyalgie		5	2,2%
	Aucun ATCD		35	15,5%
csDMARDS	Leflunomide	226	5	2,2%
	Méthotrexate		117	51,8%
	Hydrochloroquine		5	2,2%
	Sulfasalazine		3	1,3%
	Sans csDMARDS		96	42,5%
bDMARDS	Abatacept	226	20	8,8%
	Etanercept		19	8,4%
	Tocilizumab		17	7,5%
	Adalimumab		16	7,1%
	Certolizumab		10	4,4%
	Sarilumab		6	2,7%
	Rituximab		6	2,7%
	Golimumab		2	0,9%
	Ixékizumab		1	0,4%
	Infliximab		0	0,0%
	Anakinra		0	0,0%
	Ustekinumab		0	0,0%
	Sans bDMARDS		129	57,1%
tsDMARDS	Tofacitinib	226	17	7,5%
	Baricitinib		8	3,5%
	Sans tsDMARDS		201	88,9%
DMO basse	Atteintes majoritairement	71		
	Corticale		44	62,0%
	Trabéculaire		23	32,4%
	Corticale et trabéculaire		4	5,6%
Traitements anti-ostéoporotique		42		
	Risédronate		20	48%
	Zoledronate		14	33%
	Dénosumab		4	10%
	Alendronate		3	7%
	Raloxifène		1	2%

Tous les patients		Globale		patients < 70 ans (N=128)		patients ≥ 70 ans (N=98)	
		Fréquence	**Pourcentage**	**Fréquence**	**Pourcentage**	**Fréquence**	**Pourcentage**
Traitements anti-ostéoporotique		42	18,6%	11	8,6%	31	31,6%
dont	Risédronate	20	47,6%	6	54,5%	14	45,2%
	Zoledronate	14	33,3%	2	18,2%	12	38,7%
	Dénosumab	4	9,5%	1	9,1%	3	9,7%
	Alendronate	3	7,1%	1	9,1%	2	6,5%
	Raloxifène	1	2,4%	1	9,1%	0	0,0%

Patients sous cortisone		patients ≥ 70 ans (N=29)	
		Fréquence	**Pourcentage**
Traitements anti-ostéoporotique		16	55,2%
dont	Risédronate	8	27,6%
	Zoledronate	5	17,2%
	Dénosumab	2	6,9%
	Alendronate	1	3,4%
	Raloxifène	0	0,0%
	Sans traitement	13	44,8%

Licence CC BY-NC-ND 3.0

Tableau 12 - analyse en sous-groupes PR (thérapeutique, comorbidités et événements secondaires)

			Globale		patients < 75 ans (N=171)		patients ≥ 75 ans (N=55)		patients sans ATCD cancer		patients avec ATCD cancer	
			Fréquence	Pourcentage	Fréquence	Pourcentage	Fréquence	Pourcentage	Fréquence	Pourcentage	Fréquence	Pourcentage
csDMARDS	Méthotrexate		117	51,8%	90	52,6%	27	49,1%	99	49,7%	18	
	Leflunomide		5	2,2%	5	2,9%	0	0,0%	5	2,5%	0	0,0%
	Hydrochloroquine		5	2,2%	5	2,9%	0	0,0%	5	2,5%	0	0,0%
	Sulfasalazine		3	1,3%	3	1,8%	0	0,0%	3	1,5%	0	0,0%
	Sans csDMARDS		96	42,5%	68	39,8%	28	50,9%	87	43,7%	9	33,3%
bDMARDS	Abatacept		20	8,8%	15	8,8%	5	9,1%	19	9,5%	1	3,7%
	Etanercept		19	8,4%	15	8,8%	4	7,3%	18	9,0%	1	3,7%
	Tocilizumab		17	7,5%	13	7,6%	4	7,3%	16	8,0%	1	3,7%
	Adalimumab		16	7,1%	12	7,0%	4	7,3%	16	8,0%	0	0,0%
	Certolizumab		10	4,4%	9	5,3%	1	1,8%	10	5,0%	0	0,0%
	Sarilumab		6	2,7%	4	2,3%	2	3,6%	6	3,0%	0	0,0%
	Rituximab		6	2,7%	5	2,9%	1	1,8%	4	2,0%	2	7,4%
	Golimumab		2	0,9%	2	1,2%	0	0,0%	2	1,0%	0	0,0%
	Ixékizumab		1	0,4%					0	0,0%	1	3,7%
	Sans bDMARDS		129	57,1%	95	55,6%	34	61,8%	108	54,3%	21	77,8%
tsDMARDS	Tofacitinib		17	7,5%	10	5,8%	7	12,7%	16	8,0%	1	3,7%
	Baricitinib		8	3,5%	4	2,3%	4	7,3%	8	4,0%	0	0,0%
	Sans tsDMARDS		201	88,9%	157	91,8%	44	80,0%	175	87,9%	26	96,3%
Antécédents	**Cardiovasculaire**		**109**	**48,2%**	**84**	**49,1%**	**25**	**45,5%**	**97**	**48,7%**	**12**	**44,4%**
	Pneumologique		**51**	**22,6%**	**30**	**17,5%**	**21**	**38,2%**	**45**	**22,6%**	**6**	**22,2%**
	Orthopédique		**37**	**16,4%**	**24**	**14,0%**	**13**	**23,6%**	**32**	**16,1%**	**5**	**18,5%**
	Digestifs		**37**	**16,4%**	**25**	**14,6%**	**12**	**21,8%**	**31**	**15,6%**	**6**	**22,2%**
	Psychologique		31	13,7%	23	13,5%	8	14,5%	29	14,6%	2	7,4%
	Cancérologique		27	11,9%	16	9,4%	11	20,0%	0	0,0%	27	100,0%
	Hématologique		27	11,9%	25	14,6%	2	3,6%	25	12,6%	2	7,4%
	insuffisance rénale chronique		27	11,9%	23	13,5%	4	7,3%	25	12,6%	2	7,4%
	Thyroïdien		27	11,9%	19	11,1%	8	14,5%	25	12,6%	2	7,4%
	Neurologique		20	8,8%	17	9,9%	3	5,5%	19	9,5%	1	3,7%
	Diabétique		18	8,0%	13	7,6%	5	9,1%	15	7,5%	3	11,1%
	Dermatologique		14	6,2%	10	5,8%	4	7,3%	13	6,5%	1	3,7%
	Maladie auto-immune		13	5,8%	12	7,0%	1	1,8%	12	6,0%	1	3,7%
	Fibromyalgie		5	2,2%	4	2,3%	1	1,8%	5	2,5%	0	0,0%
	Patients sans ATCD		***35***	***15,5%***	***27***	***15,8%***	***7***	***12,7%***	***34***	***17,1%***	***8***	***29,6%***
Evènements secondaires		**N**	**248**		**164**		**84**		**213**		**35**	
	Digestifs		70	28,2%	54	32,9%	16	19,0%	62	29,1%	8	22,9%
	Dermatologique		39	15,7%	23	14,0%	16	19,0%	31	14,6%	8	22,9%
	Hématologique		35	14,1%	18	11,0%	17	20,2%	29	13,6%	6	17,1%
	Infectieux		33	13,3%	21	12,8%	12	14,3%	28	13,1%	5	14,3%
	Respiratoire		31	12,5%	18	11,0%	13	15,5%	29	13,6%	2	5,7%
	Neurologique		14	5,6%	13	7,9%	1	1,2%	14	6,6%	0	0,0%
	Douleur		9	3,6%	7	4,3%	2	2,4%	9	4,2%	0	0,0%
	Cardiovasculaire		8	3,2%	5	3,0%	3	3,6%	7	3,3%	1	2,9%
	Psychologique		5	2,0%	3	1,8%	2	2,4%	4	1,9%	1	2,9%
	Cancérologique		4	1,6%	2	1,2%	2	2,4%	0	0,0%	4	11,4%
	Patients sans évènement		***118***	***52,2%***	***96***	***56,1%***	***22***	***40,0%***	***107***	***53,8%***	***11***	***40,7%***

II.5.**Annexes - Détail des comorbidités et effets secondaires**

II.5.1. Comorbidités SPA

Au plan psychiatrique (=37) (dont 6 ax SPA non Rx), nous avons 12 dépressions, 3 spasmophilies récidivantes, 1 trouble du sommeil majeur, 1 bipolarité et 4 troubles anxieux (et 4 indifférenciés).

Au plan rhumatologique, nous avons 20 fibromyalgiques (dont 6 ax SPA non Rx).

Au plan orthopédique (=18), nous avons 3 chirurgies d'hallux valgus, 7 prothèses totales de genou, 12 prothèses totales de hanche et 1 prothèse totale d'épaule.

Nous avons(= 9) anciens obèses traités chirurgicalement.

Au plan digestif (=86) nous avons 1 diverticulite, 2 diagnostics de diverticules sans diverticulite, 1 rectorragie sous AINS, 4 crohns et 1 rectocolite hémorragique, 3 cholecystectomies, 3 pancréatites, 2 ulcères sous AINS, 3 diagnostics de polypes, 1 occlusion sur bride, 1 cholangite nécrosante, 2 angiocholites, 1 NASH, 9 stéatoses (non précisées), 2 gastrites, 1 hépatosidérose dysmétabolique, 1 hépatite sous RIFINAH, 1 angiodysplasie, 2 colites chroniques (et 41 indifférenciés).

Au plan hématologique (=14), nous avons 1 AHAI, 1 hypogammablobulinémie idiopathique, 1 hyperlymphocytose, 1 hémorragie de la délivrance, 1 thrombopénie réfractaire, 1 micropic igG K ,1 thrombocytémie essentielle (et 7 indifférenciés).

Au plan pneumologique (=45), nous avons 1 toux chronique non identifiée, 14 asthmatiques, 1 BPCO, 7 SAOS, 2 tuberculoses pulmonaires séquellaires, 1 pleurésie infectieuse, 1 diagnostic de nodules pulmonaires non étiquetés (et 18 indifférenciés).

Licence CC BY-NC-ND 3.0

Au plan cardiorespiratoire (=138), nous avons 1 TVP, 2 valvulopathies, 1 tachycardie, 2 péricardites, 17 dyslipidémies, 13 anomalies du cholestérol, 27 HTA, 1 pacemaker, 2 IDM, 1 cardiopathie dilatée, 1 ACFA, 1 diagnostic d'extrasystoles répétées, 1 ACR ressuscité, 1 porteur de valve mécanique, 1 AOMI, 1 insuffisance cardiaque (et 65 indifférenciés).

Au plan cutané (=94), nous avons 1 zona, 1 acné profuse, 1 folliculite, 37 psoriasis, 5 pustuloses, 1 vistiligon 1 phytiriasis rosé, 2 pemphigus, 1 prurigo (et 44 indifférenciés).

Au plan endocrinien, 24 diabètes (avec 4 diabètes de type 1, 20 diabètes de type 2) et 22 dysthyroïdies.

Au plan rénal, nous avons 45 près-insuffisances rénales chroniques (DFG 60-90) et 9 IRC (DFG<60).

Au plan neurologique (=25), nous avons 1 méningite à SAMS, 1 vestibulite, une Neurofibromatose de type 2, 1 neuropathie sensitive (non étiquetée), 1 thombophlébite de l'œil, 1 VPPB(vertiges positionnes paroxystique bénins), 1 surdité « AINS induite », une paralysie faciale à frigore, 1 ictus amnésique, 1 AVC, 1 SEP, 1 polymyélite, 1 syringomyélie, une cécité iatrogène (sans le toxique incriminé signalé) (et 11 indifférenciés).

Au plan des uvéites, nous retrouvons au moins un épisode chez 30 patients.

Au plan oncologique (=22), nous avons 2 cancers thyroïdiens, 2 de vessie, 2 en orl, 1 basocellulaire, 1 épidermoide cutané, 1 rénal, 1 prostatique, 1 testiculaire, 1 mammaire, 1 colorectal, 1 mélanome de Dubreuil, 1 méningiome, 1 glominique (et 6 indifférenciés).

II.5.2. Effets secondaires SPA

Douleur à l'injection (1 sous Adalimumab, 2 sous Certolizumab, 1 sous Secukinumab, 5 sous Etanercept), 1 Mycose vaginale, 1 sécheresse extrême cutanée, 1 odynophagie (sous Infliximab), 1 leucokératose buccale (sous Salazopirine), 35 éruptions aspécifiques, 1 zona (sous Etanercept), toxidermies (2 sous Salazopirine, 1 sous Infliximab, 1 sous Plaquenil), psoriasis ou majoration (6 sous Adalimumab, 3 sous Etanercept, 1 sous Certolizumab), 1 mucite (sous Méthotrexate), 1 candida (sous Golimumab), 1 morphée (sous Infliximab),

11 infectieux multiples (non détaillées), 1 psoeudomonas aeruginas (sous Secukinumab), tuberculose pulmonaire (1 sous Adalimumab, 1 sous Méthotrexate), 1 histiocytose (sous MTX), 1 ostéite (sous Méthotrexate), 3 sinusites, 1 cas d'infection urinaire à répétition (sous Infliximab), 1 saccade de frisson (sous Méthotrexate), 1 abcès rétro-rénal, 1 fébricule, 1 cas de pneumopathies multiples, 1 hépatite B

PID (1 sous Etanercept, 1 sous Méthotrexate), 5 dyspnées, bronchites asthmatiformes (1 sous SLZ, 1 sous Infliximab, 1 sous Méthotrexate, 1 sous Golimumab, 1 sous Etanercept, 2 sous Adalimumab), 3 toux

AEG (1 sous Salazopirine, 4 sous Méthotrexate, 1 Certolizumab, 1 sous Ixékizumab, 1 sous Etanercept) 3 troubles du sommeils majeurs (sous Sécukinumab), dépression (1 sous Certolizumab, 1 sous Etanercept), anxiété nette (1 sous Méthotrexate, 2 sous Sécukinumab), 1 cas de sueurs profuses (sous Etanercept), 1 insomnie (sous Golimumab), 1 anorexie (sous Salazopirine).

9 céphalées, 4 vertiges, diplopie vertigineuse idiopathique (1 sous Adalimumab).

2 majorations d'uvéite (sous Etanercept).

1 malaise cardiaque, 1 palpitation, 1 fibrillation atriale (sous Adalimumab), une Hypertension/Tachycardie (sous Infliximab), 1 douleur thoracique.

Licence CC BY-NC-ND 3.0

1 épistaxis, 4 leuco-neutropénies, 2 bi ou pancytopénies, 5 thrombopénies, 2 purpuras, 2 anémies, 1 polynucléose, 1 hématurie, 1 thrombocytose, 1 hyperlymphocytose.

2 cancers ORL (sous Infliximab), 1 cancer du rein (sous Adalimumab), 1 mélanome choroide, 1 adénome tubuleux villeux (sous Adalimumab), 1 dermatofibrosarcome (sous Adalimumab), 1 épidermoide (sous Infliximab), 1 séminome (sous Infliximab)

15 troubles digestifs (non étiquetés), 4 nausées, 2 hépatites (dont 1 sous Méthotrexate) 10 perturbations hépatiques biologiques, 1 angiocholite (sous Golimumab), diarrhées (1 sous Adalimumab, 1 sous SLZ, 1 sous Tocilizumab, 1 sous Infliximab, 1 sous Certolizumab, 1 sous Etanercept, 1 sous Léflunomide), 1 pancréatite (sous Infliximab), 1 cas de prise de >=10 kg, 5 vomissements, 1 diverticulite (sous Adalimumab), 1Reflux, 1 stéatose hépatique, 1 hépatite E (sous Golimumab), 1 agueusie.

II.5.3. Comorbidités PR

Au plan psychiatrique (=30), nous avons 19 dépressions (soit 8.4% de patient dépressif dans la PR),1 bipolarité, 1 psychose (et 9 indifférenciés).

Au plan rhumatologique, nous avons 5 fibromyalgies.

Pas d'antécédent d'obésité opérée.

Au plan endocrinien, on a 27 dysthyroïdies et 15 diabètes de type 2.

Au plan oncologique (=33), on retrouve 1 cancer thyroïdien, 1 hépatique, 3 prostatiques, 4 vésicaux, 6 colorectaux, 4 mammaires, 6 cutanés, 4 utérins, 1 pulmonaire, 1 rénal, 2 en orl.

Au plan orthopédique (=57), on a 26 prothèses totales de genou, 15 prothèses totales de hanche, 12 hallux valgus, 4 prothèses totales d'épaule.

Au plan digestif (=43), on a 2 Rectocolites hémorragiques, 9 diverticuloses, 5 diverticulites, 1 hépatites Auto immune, 2 pancréatites, 1 péritonite, 1 Cirrhose biliaire primitive, 1 volvulus, 5 cholécystectomies, 1 colite lymphocytaire, 1 NASH, 1 diagnostic de polyposes, 5 hépatites non identifiées, 5 stéatoses, 2 ulcères chroniques (et 1 indifférencié).

Au plan hématologique (=31), on a 1 Anémie hémolytique auto immune, 1 leucémie lymphoïde chronique, 1 leucémie, 1 anémie idiopathique, 1 anémie de Biermer, 4 micropics (3 igM-K et 1 igA-L), 1 gammapathie monoclonale bénigne, 1 anémie de Gilbert, 1 hyperferritinémie iodiopathique, 1 hyperlymphocytose, 2 thrombopénies-lymphopéniques, (et 16 indifférenciés).

Au plan pulmonaire (=60), on a 14 BPCO, 9 bronchites asthmatiformes, 6 tuberculoses pulmonaires, 9 diagnostics de nodules pulmonaires, 4 SAOS, 4 Dilatations des bronches, 5 Embolies Pulmonaires, 2pneumopathies interstitielles diffuses, 3 HTAP, 2 sarcoïdoses pulmonaires, 1 silicose (et 1 indifférencié).

Au plan cardiovasculaire (=165), on a 11 fibrillations atriales, 48 hypertensions artérielles, 2 pontages liés à coronaropathies, 1 pontage sur anévrysme aortique, 2 angors, 8 infarctus, 2 pacemaker, 1 tachycardie de Bouveret, 4 troubles du rythme, 1 cardiopathie hypertensive, 5 phlébites, 1 pré éclampsie et 1 HELP syndrome, 4 artériopathies des membres inférieurs, 4 valvulopathies, 2 tachycardies supraventriculaires, 3 myopéricardites, 2 poses de stents multiples, 1 insuffisance cardiaque non étiquetée (et 62 indifférenciés).

Au plan rénal, on a 36 prés insuffisances rénales (DFG 60-90) et 27 insuffisances rénales (DFG < 60)

Au plan neurologique (=22), on a 1 paraparésie des 4 membres, 1 thrombophlébite, 1 Accident ischémique transitoire, 4 Accidents vasculaires cérébraux Ischémiques 3 épilepsies

Licence CC BY-NC-ND 3.0

2 polyneuropathies axonales motrices (non étiquetées), 2 neuropathies des Mb. Inférieurs, 2 parkinsons, 1 myopathie de Steinert, 1 sclérose en plaque, 1 myélite transverse, 1 méningiome, 1 démence, 1 neuropathie sensitive.

Au plan cutané (=16), on a 11 psoriasis, 1 phemphigus, 1 mastocytose cutanée, 1 dermatose lichénoide, 1 ulcère, 1 sclérodermie cutanée.

Au plan endocrinien, on a 18 diabètes et 27 dysthyroïdies.

II.5.4. Effets secondaires PR

5 douleurs à l'injection de biothérapie et 1 prurit (sous Infliximab).

1 granulomatose tuberculeuse (induite), 1 toxidermie lichénoide (sous Infliximab), 2 majorations de psoriasis, 20 éruptions aspécifiques, 1 trouble des phanères (sous MTX), 1 érysipèle (sous Etanercept), nombreuses alopécies (2 sous MTX, 1 sous Certolizumab, 4 sous Léflunomide, 1 sous Abatacept), lupus iatrogène (1 sous Salazopirine, 1 sous Tocilizumab, 1 sous Infliximab, 1 sous MTX).

3 infections non identifiées, zona (1 sous Tocilizumab, 1 sous Etanercept, 1 sous Olumiant) 1 anévrysme mycotique (sous Etanercept), 1 prostatite (sous Rituximab), 4 syndromes fébriles, 1 herpès ophtalmique (sous Abatacept), bronchites multiples (2 sous Tofacitinib, 2 sous Abatacept, 3 sous Méthotrexate, 2 sous Certolizumab, 1 sous Etanercept, 1 sous Golimumab), spondylodiscite à Staphyloccocus aureus (1 sous Etanacept, 1 sous Léflunomide) 1 cystite, 1 arthrite septique à Sthaphyloccocus aureus (sous Tocilizumab), 1 cas de surinfections répétées ORL (1 sous Olumiant) et 1 légionellose.

2 troubles psychiatriques (non identifiés), 2 nervosités extrêmes (sous Méthotrexate), 1 crise d'angoisse (sous Méthotrexate), 1 cas de trouble du sommeil majeurs-asthénies secondaires (sous Méthotrexate).

1 LEMP (sous Rituximab), 3 vertiges, céphalées (2 Certolizumab, 1 Etanercept), neuropathies périphériques (1 Tocilizumab, 1 Adalimumab), 1 paresthésie (sous Léflunomide), 1 myélite transverse (sous Infliximab), neuropathies aspécifiques (1 sous Adalimumab, 1 sous Léflunomide) et 1 neuropathie sensitive (sous Etanercept).

16 troubles digestifs non identifiés, 2 majorations de Recto colite hémorragique (sous Etanercept), 7 épisodes de nausées, 4 diverticulites (sous Tocilizumab), 20 perturbations hépatiques biologiques, 1 ulcère gastrique (sous Tofacitinib), 1 perte d'appétit majeure (sous Méthotrexate), hépatites (1 pour chaque traitement cités : Tocilizumab, Léflunomide, Salazopirine, Abatacept, Adalimumab avec 4 sous Méthotrexate), 1 mycose buccale, aphtose (1 sous Méthotrexate, 1 sous Léflunomide, 1 sous Sarilumab), diarrhées (1 sous Léflunomide, 1 sous Méthotrexate) 1 dysgueusie (1 sous Salazopirine), 1 volvulus (sous Méthotrexate).

1 hépatocarcinome (sous Méthotrexate), 1 cancer colorectal (sous Rituximab), 1 cancer prostatique (sous Etanercept), 1 cancer du col de l'utérus (sous Méthotrexate, 1 cancer en ORL (sous Infliximab).

1 lymphopénie (sous Méthotrexate), 21 neutropénies, 5 thrombopénies, anémie (1 sous Tofacitinib, 1 sous Salazopirine, 1 sous Méthotrexate), 1 hyperlymphocytose (sous Abatacept), 2 hypogammaglobulinémies (sous Rituximab).

1 TVP (sous Méthotrexate), 3 fibrillations atriales (sous Rituximab), 1 myopéricardite (sous Méthotrexate), 1 douleur thoracique, 1 malaise cardiaque sur RAC (sous Rituximab).

Licence CC BY-NC-ND 3.0

Licence CC BY-NC-ND 3.0

III. Discussion

III.1. Point démographique de la PR

Le **diagnostic moyen** est ici de 52.4ans ici avec **ancienneté** de 13.1ans et 77% de femmes. Une étude de 500 000 habitants du Royaume Unis, montre un âge au diagnostic à 57 ans pour les femmes contre 58 ans pour l'homme avec surpoids dans les 2 sexes (16). Une autre étude COMORA (17), sur 17 pays et 4 586 patients, montre une ancienneté moyenne de 10 ans +/-9 et 82% de femmes (soit proche de notre résultat).

Concernant la **rémission**, nous retrouvons quasiment 50% des patients en DAS28CRP<2.6 avec 80% maintenue à 6 mois. Elle est maintenue à plus de 53% sur 2 ans d'affilée sur 2 études (18). La rémission, elle est dépendante de l'ancienneté de la maladie et des glucocorticoïdes en cours; elle est d'autant plus nette si pas de Corticoïdes ou R.I.C. <5ans.

Concernant **l'immunologie** et l'IMC, aux Émirats Arabes Unis (19), l'IMC des femmes en moyenne est à 31,4 contre IMC 28 chez les hommes (alors qu'ici surpoids mais moindres). Les anti CCP sont positifs à 41% (59% ici) contre facteurs rhumatoïdes à 63% (contre 55.9% ici) ; et les deux associés à 33 % (contre 45.5% ici). Concernant le statut immunologique (20) 50% des PR sont séropositive et le tabac (notamment > 20PA) augmente le pourcentage d'ACPA. On voit ici que les PR sont facteurs rhumatoïde positives ou ACPA positives dans quasiment la moitié des cas. Hors la présence d'ACPA (indépendamment du sexe et du tabagisme) augmente le risque de FR (21). Parmi les femmes, une CRP plus haute est associée avec un IMC plus élevé surtout si obésité sévère (22). La CRP est donc dépendante d'autres facteurs en dehors de l'activité de la maladie (dont le poids) ; d'où la discordance des chiffres DAS28 VS (moyen 2.8) et DAS28 CRP (moyen 2.6) ici. L'usage des antiTNFa et bDMARDs diminue le risque cardiovasculaire chez ces patients déjà à risque par la PR puis secondairement par l'obésité (23). L'obésité est présente avec RR=1.2 et surpoids avec RR=1.05 chez la PR (24) ; avec plus 13 % pour chaque augmentation de 5 kg par m^2 d'IMC.

Concernant le **tabagisme**, bien que beaucoup ne soit pas renseigné, la majorité est fumeur ou sevré, hors le tabac est un des facteurs environnementaux principaux de sur-risque de maladie inflammatoire chronique, avec mauvais pronostic et exacerbation de symptôme (15) et prouve qu'une augmentation du tabagisme, donne une augmentation de PR anti CCP positif.

Concernant l**e statut structural**, les érosions sont assez spécifiques dans la PR (25), ici on montre qu'elles sont plus fréquentes (42 % d'érosions > à 31% de pincements).

Concernant le bilan pré-DMARDs, 39.4% des patients PR ayant recours à un anti TNFa ont un **QUANTIFERON***avec donc une tuberculose latente identifiée (ce test étant plus sensible et plus spécifique que le test de réaction à la tuberculine chez les PR) (26) (contre moins d'un quart des patients renseignés).

Licence CC BY-NC-ND 3.0

Concernant les **DMO basses**, nous avons dans la population coréenne, une influence des glucocorticoides sur les fractures vertébrales (si longue durée et dose forte) et 48% des patients ont une ostéopénie contre 6.8% sont ostéoporotiques (27). Hors dans notre population, il y a 26.9% sous Corticoides et 26% de fracture vertébrale au sein des patients ostéopénique ou ostéoporotique. Ici les DMO basses sont souvent corticales et trabéculaires (mixtes), avec Tscore plus bas sur le versant corticale alors qu'une autre étude retrouve une prévalence d'ostéoporose trabéculaire de 35 %, contre 26% en corticale (28). En effet l'ostéopénie/l'ostéoporose sont communes, 90% des femmes ménopausées PR ont une DMO basse (29) avec une association PR+Glucocorticoides montrant un surrisque de DMO basse (30) : d'où la nécessité de traiter si >/= 70ans et Corticoides : ici plus de 50% de cette population sont sous traitement antiostéoporotique. De plus, une autre étude montre que l'ostéoporose fracturaire augmente la morbidité, il faut donc donner des Corticoides à posologie la plus basse possible (31) : ici 6.6mg/jour en moyenne. Cette règle s'applique notamment chez des patients PR, déjà à plus fort risque de chutes (chute dans l'année à OR=1.5 chez l'homme PR et OR=1.3 chez la femme PR avec risque fracturaire féminin, OR= à 1.7 (32)).

III.2. Comorbidités et thérapeutique de la PR

Concernant les comorbidités, notre population est à 77% féminine et est âgée de 66 ans en moyenne. Elle a comme principale comorbidité (48.8% ici): celle **cardiovasculaire**. En effet l'accélération de l'athérosclérose est nette dans les maladies inflammatoires chroniques (33) engendrant un sur-risque de maladies cardiovasculaires (avec dyslipidémies, tabagisme, HTA, diabète, inactivité physique majorée chez les PR). Les patients PR ont un risque augmenté de 48% d'incidence de maladie cardiovasculaire (34) semblable au chiffre cité ici. Le risque cardiovasculaire peut précéder la PR avec des événements très précoces (35) avec un RR=1.3 d'avoir un infarctus si RA par rapport à population générale du même âge (36). Les comorbidités cardiovasculaires sont les leader des décès dans la PR (37), hors la perte de poids est prédictive de décès par cancer ou cause cardiovasculaire alors que la maigreur est prédictive de BPCO et pathologies respiratoires. Les pathologies cardiovasculaires, cancers, ostéoporose et dépressions sont malheureusement souvent oubliées chez les patients RIC (38). Concernant les risques **psychologiques**, dans notre étude nous avons notamment 7% avec au moins 1 comorbidité psychologique; de même dans l'étude (39) on trouve une augmentation des risques psychologiques (anxiété, bipolarité, dépression) avec une mortalité augmenté notamment avec risque suicidaire supérieur chez les patients présentant 1 des 3 maladies inflammatoires chroniques (dont la PR). Dans l'étude COMORA (17) déjà citée on a principalement des antécédents dépressifs (15% des PR, soit le double du groupe « psychologique ici »), cardiovasculaire (chacun 6% des PR contre ici 25%) et cancéreux solides (4.5% des PR). On voit une augmentation des hémopathies indépendamment du traitement dans les R.I.C. (40).

L'incidence des **cancers** dans la PR pourrait être lié au traitement, au tabac ou à l'hygiène de vie dans cette méta-analyse (10) plutôt qu'à la maladie en elle-même, hors ici, nous avons que 4 cancers induits sur les 226 patients.

Licence CC BY-NC-ND 3.0

Sur le plan orthopédique, nous voyons ici que cette comorbidité fait partie des 4 principales dans la PR. En effet le sur risque de remplacement articulaire est dû notamment à une destruction érosives massive articulaire du rhumatisme. Une étude (41) retrouve 1,2 articulations par patient concerné avec 6 % des patients PR qui ont recours à une arthroplastie.

Chez les >75 ans et les personnes âgés en général, il y a une augmentation du risque associé de cancer, pathologies cardio-vasculaires, problèmes infectieux et complications iatrogènes; en effet ici les effets indésirables pondérés au nombre de prises de même, si cancer ou si âgé sont supérieur par rapport à population totale sans cancer ou <75ans du RIC concerné). Il en est de même dans les études chez les PR et les SPA (42).

III.3. Point démographique de la SPA

Sur le plan immunologique, le HLA est positif surtout chez l'homme, si SPA plus ancienne (43), surtout axiale radiographique et si augmentation de CRP, si tabagisme, si alcoolisme ou si ostéoporose.
Chez les femmes, il existe plus de SPA de forme périphérique et d'uvéite dans notre étude, alors que l'étude (13) montre qu'elle a plus d'atteinte extra articulaires mais moins d'uvéite antérieure. Historiquement, (13) la spondylarthrite est plus masculine avec plus récemment une homogénéité de sexe: en effet dans notre étude, il y a plus de femmes (55%) que d'hommes avec cependant 3 fois plus d'hommes dans le sous-groupe SPA axiale radiographique. Le diagnostic est retardé chez la femme (26). Une autre étude sur SpA montre 66% d'hommes(44), avec 8.4 ans d'ancienneté (contre ici une majorité de femmes et une ancienneté différente).

57 % des SPA ont un IMC supérieur ou égal à 25 (45) contre un IMC moyen à 25.4 dans notre étude.

III.4. Comorbidités et thérapeutique de la SPA

Concernant la pratique de **kinésithérapie,** les patient SPA (46) sont plus fatigués, déconditionnés, avec déficiences et dysfonctions articulaires; cette prescription est un des plus importants traitements non pharmacologique en réduisant le BASFI, BASMI, le BASDAI et les troubles psychologiques. En effet ici 62% des SPA y ont recours grâce à une ordonnance du rhumatologue du CHU.

Concernant la **fibromyalgie**, dans notre étude nous avons 20 patients sur les 274 SPA (<10%), avec donc une proportion semblable à l'étude française qui en montre 11% (selon critères 1990 ACR) parmi les SPA (47) mais en deçà selon l'avis d'expert à 17.5%. Dans cette 2ème étude (48) nous avons environ 20 % avec majoration de l'activité de la spondylarthrite, de la sévérité des scores globaux, de la déficience, trouble thymique et

Licence CC BY-NC-ND 3.0

fatigue. Les principales comorbidités rencontrées dans une autre étude de SPA sont les maladies cardiovasculaires et les troubles psychiatriques (ainsi que l'ostéoporose et les diabètes) (49). Une autre étude montre une augmentation du risque de mortalité (d'origine cardiovasculaire) dans la SPA semblable à celui de la PR (50).
Les cancers représentent le risque principal de décès dans les pathologies inflammatoires avec notamment une augmentation du risque de cancer du seins(51) (contrairement à notre étude ici mais peu de patients atteints de cancers, donc biaisé) sans augmentation du risque des autres cancers en dehors d'une augmentation du risque de cancer cutané non mélanomes (52). Une autre étude indique qu'il n'existerait aucun risque accru inhérent au SPA. Concernant les comorbidités cardiovasculaires, le risque cardiovasculaire est augmenté dans la population SPA, du à l'augmentation des facteurs de risques cardiovasculaire et aussi à l'inflammation chronique (et rôle des AINS à élucider)(53).
Concernant les effets secondaires, en dehors de l'usage des antiTNFa on ne retrouve pas de surrisque infectieux chez les SPA (53) 25 % des patients sous TNF citent des effets secondaires dermatologiques (54) (type infection psoriasis, eczéma); confirmé par notre histogramme correspondant. A noter que les femmes ont plus d'effets secondaires que les hommes sous DMARDs (55).
Concernant les **SPA axiales non radiographiques**, ce sont plus souvent des patientes dans cette étude (56) (ici 64% de femmes) avec retard diagnostic dont la pathologie est un fardeau (ici délais de diagnostic semblable à « toutes SpA confondues »). Ici en effet sur les 20 SpA fibromyalgiques, 7 sont dans le groupe "axSPA non rx » (soit le double par rapport à « toutes SpA confondues » ; RR=2): Il existe souvent chez elles plus de résistance aux thérapeutiques ce qui peut engendrer du stress (57).

Licence CC BY-NC-ND 3.0

Conclusion

Cette étude descriptive en vraie vie de 500 patients atteints de rhumatisme inflammatoire chronique suivis en consultation externe au CHU de LIMOGES par 5 praticiens, nous a permis de faire un « état des lieux » de notre population de suivi. En y intégrant les 12 mois de suivis, nous avons peu de perdus de vue, puisque le délai moyen de consultation est de 6 mois (et 6.8 mois).

Ce travail permet au sein d'une même inclusion de traiter des spécificités entre sexes, entre sous populations âgées ou atteinte d'un cancer et de noter des différences nettes sur les comorbidités, les événements secondaires de DMARDs, les switchs thérapeutiques,… Il permettra de réaliser des études prospectives grâce à une population source tirée de cette étude ou d'approfondir un critère donné.

En comparant avec les études internationales récentes (<5ans), nous sommes représentatifs notamment sur âge moyen de diagnostic, le délais symptômes-diagnostic, les sexe ratio, le statut immunologique. Les études sont assez variables sur les % de rémission au sein des 2 RIC aussi notre score est donc complémentaire et sans rupture nette.

La rhumatologie évolue vite, et, d'intégrer dans cette étude les traitements récents sur lesquels nous avons peu de recul comme les tsDMARDs, permet de voir en pratique la manière dont ces nouvelles armes thérapeutiques sont utilisées dans notre quotidien.

En espérant que cette étude soit le début de beaucoup d'autres, car l'épidémiologie est un début sans fin…

Licence CC BY-NC-ND 3.0

Références bibliographiques

1. Guillemin F, Saraux A, Guggenbuhl P, Roux C, Fardellone P, Le Bihan E, et al. Prevalence of rheumatoid arthritis in France: 2001. Ann Rheum Dis. oct 2005;64(10):1427-30.

2. Aletaha D, Neogi T, Silman AJ, Funovits J, Felson DT, Bingham CO, et al. 2010 Rheumatoid arthritis classification criteria: an American College of Rheumatology/European League Against Rheumatism collaborative initiative. Arthritis Rheum. sept 2010;62(9):2569-81.

3. Jónsson T, Thorsteinsson H, Arinbjarnarson S, Thorsteinsson J, Valdimarsson H. Clinical implications of IgA rheumatoid factor subclasses. Ann Rheum Dis. juill 1995;54(7):578-81.

4. Klareskog L, Padyukov L, Rönnelid J, Alfredsson L. Genes, environment and immunity in the development of rheumatoid arthritis. Curr Opin Immunol. déc 2006;18(6):650-5.

5. Forslind K, Ahlmén M, Eberhardt K, Hafström I, Svensson B, BARFOT Study Group. Prediction of radiological outcome in early rheumatoid arthritis in clinical practice: role of antibodies to citrullinated peptides (anti-CCP). Ann Rheum Dis. sept 2004;63(9):1090-5.

6. Felson DT, Smolen JS, Wells G, Zhang B, van Tuyl LHD, Funovits J, et al. American College of Rheumatology/European League Against Rheumatism provisional definition of remission in rheumatoid arthritis for clinical trials. Arthritis Rheum. mars 2011;63(3):573-86.

7. Combe B, Landewe R, Daien CI, Hua C, Aletaha D, Álvaro-Gracia JM, et al. 2016 update of the EULAR recommendations for the management of early arthritis. Ann Rheum Dis. juin 2017;76(6):948-59.

8. Plant MJ, Saklatvala J, Borg AA, Jones PW, Dawes PT. Measurement and prediction of radiological progression in early rheumatoid arthritis. J Rheumatol. oct 1994;21(10):1808-13.

9. Gough AK, Lilley J, Eyre S, Holder RL, Emery P. Generalised bone loss in patients with early rheumatoid arthritis. Lancet Lond Engl. 2 juill 1994;344(8914):23-7.

10. Simon TA, Thompson A, Gandhi KK, Hochberg MC, Suissa S. Incidence of malignancy in adult patients with rheumatoid arthritis: a meta-analysis. Arthritis Res Ther. 15 août 2015;17:212.

11. Raychaudhuri SP, Deodhar A. The classification and diagnostic criteria of ankylosing spondylitis. J Autoimmun. mars 2014;48-49:128-33.

12. Claudepierre P, Wendling D, Breban M, Goupillle P, Dougados M. Ankylosing spondylitis, spondyloarthropathy, spondyloarthritis, or spondylarthritis: what's in a name? Joint Bone Spine. déc 2012;79(6):534-5.

13. Rusman T, van Vollenhoven RF, van der Horst-Bruinsma IE. Gender Differences in Axial Spondyloarthritis: Women Are Not So Lucky. Curr Rheumatol Rep. 12 2018;20(6):35.

Licence CC BY-NC-ND 3.0

14. Aslam F, Chivers FS, Doshi KB, Chang-Miller A. Positive HLA-B27 and sacroiliitis is not always spondyloarthritis. Int J Rheum Dis. déc 2019;22(12):2213-7.

15. Roelsgaard IK, Esbensen BA, Østergaard M, Rollefstad S, Semb AG, Christensen R, et al. Smoking cessation intervention for reducing disease activity in chronic autoimmune inflammatory joint diseases. Cochrane Tobacco Addiction Group, éditeur. Cochrane Database Syst Rev [Internet]. 2 sept 2019 [cité 29 juill 2020]; Disponible sur: http://doi.wiley.com/10.1002/14651858.CD012958.pub2

16. Clynes MA, Jameson K, Prieto-Alhambra D, Harvey NC, Cooper C, Dennison EM. Impact of Rheumatoid Arthritis and Its Management on Falls, Fracture and Bone Mineral Density in UK Biobank. Front Endocrinol. 2019;10:817.

17. Balsa A, Lojo-Oliveira L, Alperi-López M, García-Manrique M, Ordóñez-Cañizares C, Pérez L, et al. Prevalence of comorbidities in rheumatoid arthritis and evaluation of their monitoring in clinical practice: the spanish cohort of the COMORA study. Reumatol Clin. avr 2019;15(2):102-8.

18. Sung Y-K, Yoshida K, Prince FHM, Frits ML, Cho S-K, Choe J-Y, et al. Prevalence and predictors for sustained remission in rheumatoid arthritis. PloS One. 2019;14(4):e0214981.

19. Namas R, Joshi A, Ali Z, Al Saleh J, Abuzakouk M. Demographic and Clinical Patterns of Rheumatoid Arthritis in an Emirati Cohort from United Arab Emirates. Int J Rheumatol. 25 sept 2019;2019:1-10.

20. Bergot A-S, Giri R, Thomas R. The microbiome and rheumatoid arthritis. Best Pract Res Clin Rheumatol. 18 mars 2020;101497.

21. Murphy D, Mattey D, Hutchinson D. Anti-citrullinated protein antibody positive rheumatoid arthritis is primarily determined by rheumatoid factor titre and the shared epitope rather than smoking per se. Wallace GR, éditeur. PLOS ONE. 14 juill 2017;12(7):e0180655.

22. George MD, Giles JT, Katz PP, England BR, Mikuls TR, Michaud K, et al. Impact of Obesity and Adiposity on Inflammatory Markers in Patients With Rheumatoid Arthritis. Arthritis Care Res. 2017;69(12):1789-98.

23. Lee JL, Sinnathurai P, Buchbinder R, Hill C, Lassere M, March L. Biologics and cardiovascular events in inflammatory arthritis: a prospective national cohort study. Arthritis Res Ther. déc 2018;20(1):171.

24. Feng J, Chen Q, Yu F, Wang Z, Chen S, Jin Z, et al. Body Mass Index and Risk of Rheumatoid Arthritis: A Meta-Analysis of Observational Studies. Medicine (Baltimore). févr 2016;95(8):e2859.

25. Anari H, Enteshari-Moghaddam A, Pourfarzi F, Ramazani N. Diagnostic value of Ultrasonography in the detection of Bone Erosions in patients with Rheumatoid Arthritis: a comparison with Conventional Radiography. Mediterr J Rheumatol. juin 2019;30(2):110−3.

26. Sargin G, Şentürk T, Ceylan E, Tellİ M, Çİldağ S, Doğan H. Tst, Quantiferon-tb Gold test and t-spot.Tb test for detecting latent tuberculosis infection in patients with rheumatic disease prior to anti-tnf therapy. :8.

Licence CC BY-NC-ND 3.0

27. Malochet-Guinamand S, Pereira B, Tatar Z, Tournadre A, Moltó A, Dougados M, et al. Prevalence and risk factors of low bone mineral density in spondyloarthritis and prevalence of vertebral fractures. BMC Musculoskelet Disord. 22 août 2017;18(1):357.

28. Rossini M, Viapiana O, Vitiello M, Malavolta N, La Montagna G, Maddali Bongi S, et al. Prevalence and incidence of osteoporotic fractures in patients on long-term glucocorticoid treatment for rheumatic diseases: the Glucocorticoid Induced OsTeoporosis TOol (GIOTTO) study. Reumatismo. 22 mai 2017;69(1):30-9.

29. Lee J-H, Sung Y-K, Choi C-B, Cho S-K, Bang S-Y, Choe J-Y, et al. The frequency of and risk factors for osteoporosis in Korean patients with rheumatoid arthritis. BMC Musculoskelet Disord. 24 févr 2016;17:98.

30. Cheng T-T, Lai H-M, Yu S-F, Chiu W-C, Hsu C-Y, Chen J-F, et al. The impact of low-dose glucocorticoids on disease activity, bone mineral density, fragility fractures, and 10-year probability of fractures in patients with rheumatoid arthritis. J Investig Med Off Publ Am Fed Clin Res. 2018;66(6):1004-7.

31. Raterman HG, Lems WF. Pharmacological Management of Osteoporosis in Rheumatoid Arthritis Patients: A Review of the Literature and Practical Guide. Drugs Aging. 2019;36(12):1061-72.

32. Clynes MA, Jameson K, Prieto-Alhambra D, Harvey NC, Cooper C, Dennison EM. Impact of Rheumatoid Arthritis and Its Management on Falls, Fracture and Bone Mineral Density in UK Biobank. Front Endocrinol. 2019;10:817.

33. Jagpal A, Navarro-Millán I. Cardiovascular co-morbidity in patients with rheumatoid arthritis: a narrative review of risk factors, cardiovascular risk assessment and treatment. BMC Rheumatol [Internet]. 11 avr 2018 [cité 3 août 2020];2. Disponible sur: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6390616/

34. Virone A, Bastard J-P, Fellahi S, Capeau J, Rouanet S, Sibilia J, et al. Comparative effect of tumour necrosis factor inhibitors versus other biological agents on cardiovascular risk-associated biomarkers in patients with rheumatoid arthritis. RMD Open. 2019;5(2):e000897.

35. Mirjafari H, Al-Husain A, Bruce IN. Cardiovascular risk factors in inflammatory arthritis. Curr Opin Lipidol. août 2011;22(4):296-301.

36. Khalid U, Egeberg A, Ahlehoff O, Lane D, Gislason GH, Lip GYH, et al. Incident Heart Failure in Patients With Rheumatoid Arthritis: A Nationwide Cohort Study. J Am Heart Assoc. 19 2018;7(2).

37. England BR, Baker JF, Sayles H, Michaud K, Caplan L, Davis LA, et al. Body Mass Index, Weight Loss, and Cause-Specific Mortality in Rheumatoid Arthritis. Arthritis Care Res. 2018;70(1):11-8.

38. Roubille C, Richer V, Starnino T, McCourt C, McFarlane A, Fleming P, et al. Evidence-based Recommendations for the Management of Comorbidities in Rheumatoid Arthritis, Psoriasis, and Psoriatic Arthritis: Expert Opinion of the Canadian Dermatology-Rheumatology Comorbidity Initiative. J Rheumatol. oct 2015;42(10):1767-80.

39. Marrie RA, Walld R, Bolton JM, Sareen J, Patten SB, Singer A, et al. Psychiatric comorbidity increases mortality in immune-mediated inflammatory diseases. Gen Hosp Psychiatry. juill 2018;53:65-72.

Licence CC BY-NC-ND 3.0

40. Fantò M, Peragallo MS, Pietrosanti M, Di Rosa R, Picchianti Diamanti A, Salemi S, et al. Risk of malignancy in patients with rheumatoid arthritis, psoriatic arthritis and ankylosing spondylitis under immunosuppressive therapy: a single-center experience. Intern Emerg Med. févr 2016;11(1):31-40.

41. Asai S, Kojima T, Oguchi T, Kaneko A, Hirano Y, Yabe Y, et al. Effects of Concomitant Methotrexate on Large Joint Replacement in Patients With Rheumatoid Arthritis Treated With Tumor Necrosis Factor Inhibitors: A Multicenter Retrospective Cohort Study in Japan: Concomitant MTX With TNF Inhibitors. Arthritis Care Res. oct 2015;67(10):1363-70.

42. Lahaye C, Tatar Z, Dubost J-J, Tournadre A, Soubrier M. Management of inflammatory rheumatic conditions in the elderly. Rheumatol Oxf Engl. 01 2019;58(5):748-64.

43. Arévalo M, López-Medina C, Moreno Martinez-Losa M, Moltó A, Font P, Collantes-Estevez E, et al. Role of HLA-B27 in the comorbidities observed in Axial Spondyloarthritis: Data from COMOSPA. Joint Bone Spine. 3 avr 2020;

44. Nikiphorou E, Ramiro S, van der Heijde D, Norton S, Moltó A, Dougados M, et al. Association of Comorbidities in Spondyloarthritis With Poor Function, Work Disability, and Quality of Life: Results From the Assessment of SpondyloArthritis International Society Comorbidities in Spondyloarthritis Study. Arthritis Care Res. 2018;70(8):1257-62.

45. Hernández-Breijo B, Plasencia-Rodríguez C, Navarro-Compán V, Martínez-Feito A, Jochems A, Kneepkens EL, et al. Association between concomitant csDMARDs and clinical response to TNF inhibitors in overweight patients with axial spondyloarthritis. Arthritis Res Ther. 20 2019;21(1):66.

46. Liang H, Xu L, Tian X, Wang S, Liu X, Dai Y, et al. The comparative efficacy of supervised- versus home-based exercise programs in patients with ankylosing spondylitis: A meta-analysis. Medicine (Baltimore). févr 2020;99(8):e19229.

47. Fan A, Pereira B, Tournadre A, Tatar Z, Malochet-Guinamand S, Mathieu S, et al. Frequency of concomitant fibromyalgia in rheumatic diseases: Monocentric study of 691 patients. Semin Arthritis Rheum. août 2017;47(1):129-32.

48. Macfarlane GJ, Barnish MS, Pathan E, Martin KR, Haywood KL, Siebert S, et al. Co-Occurrence and Characteristics of Patients With Axial Spondyloarthritis Who Meet Criteria for Fibromyalgia: Results From a UK National Register. Arthritis Rheumatol Hoboken NJ. 2017;69(11):2144-50.

49. Terenzi R, Monti S, Tesei G, Carli L. One year in review 2017: spondyloarthritis. Clin Exp Rheumatol. févr 2018;36(1):1-14.

50. John H, Kitas G. Inflammatory arthritis as a novel risk factor for cardiovascular disease. Eur J Intern Med. oct 2012;23(7):575-9.

51. Wilton KM, Crowson CS, Matteson EL. Malignancy incidence in patients with psoriatic arthritis: a comparison cohort-based incidence study. Clin Rheumatol. oct 2016;35(10):2603-7.

52. Fagerli KM, Kearsley-Fleet L, Mercer LK, Watson K, Packham J, Symmons DPM, et al. Malignancy and mortality rates in patients with severe psoriatic arthritis requiring tumour-necrosis factor alpha inhibition: results from the British Society for Rheumatology Biologics Register. Rheumatol Oxf Engl. 01 2019;58(1):80-5.

Licence CC BY-NC-ND 3.0

53. Moltó A, Nikiphorou E. Comorbidities in Spondyloarthritis. Front Med. 12 mars 2018;5:62.

54. Sehgal R, Stratman EJ, Cutlan JE. Biologic Agent-Associated Cutaneous Adverse Events: A Single Center Experience. Clin Med Res. 2018;16(1-2):41-6.

55. Wroński J, Fiedor P, Głuszko P. Adverse events in patients with ankylosing spondylitis treated with TNF inhibitors: a cross-sectional study. Int J Clin Pharm. août 2019;41(4):864-71.

56. Lockwood MM, Gensler LS. Nonradiographic axial spondyloarthritis. Best Pract Res Clin Rheumatol. 2017;31(6):816-29.

57. Sieper J, Rudwaleit M, Lenaerts J, Wollenhaupt J, Myasoutova L, Park S-H, et al. Partial remission in ankylosing spondylitis and non-radiographic axial spondyloarthritis in treatment with infliximab plus naproxen or naproxen alone: associations between partial remission and baseline disease characteristics. Rheumatol Oxf Engl. nov 2016;55(11):1946-53.

Licence CC BY-NC-ND 3.0

Serment d'Hippocrate

En présence des maîtres de cette école, de mes condisciples, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine.

Je dispenserai mes soins sans distinction de race, de religion, d'idéologie ou de situation sociale.

Admis à l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les moeurs ni à favoriser les crimes.

Je serai reconnaissant envers mes maîtres, et solidaire moralement de mes confrères. Conscient de mes responsabilités envers les patients, je continuerai à perfectionner mon savoir.

Si je remplis ce serment sans l'enfreindre, qu'il me soit donné de jouir de l'estime des hommes et de mes condisciples, si je le viole et que je me parjure, puissé-je avoir un sort contraire.

Licence CC BY-NC-ND 3.0

Etude descriptive d'une population de patients atteints de rhumatisme inflammatoire chronique (PR ou SpA), CHU de LIMOGES, 2019

Objectif: Description de la population de rhumatisme inflammatoire suivi dans le sdervice de Rhumatologie au Chu de Limoges
Méthodes: Patients vus en consultation entre 07/01/19 au 20/12/2019; soit 226 PR et 274 SPA. Receuil des données démographique des 2 populations (sexe ratio, âge, âge au diagnostic, délais au diagnostic, ancienneté, IMC, activité, tabagisme), statut immunologique, positivité du « Quantiféron* pré-biothérapie », atteintes radiographique, fréquence de consultation et comordibités et thérapeutiques (antalgiques, AINS, DMARDs actuels et switch et événements secondaires engendrés). Comparaison de ces données en sous-groupes.
Résultats: Parmi 274 SPA, 55% sont des femmes, avec 14 ans d'ancienneté, 3.4 ans de délai au diagnostic, un IMC à 27, un HLA B27+ à 56% et 42% sans atteinte sur imageries. 27% sont en ASDAS rémission, 44% sont sous antalgiques, 45% sous AINS. Ils ont en moyenne 1.9 comorbidités par patient (mais = 2.8 si >/=75 ans, =3.3 si cancer) avec principalement des antécédents cardiovasculaires, dermatologique, digestifs, pneumologiques et psychologiques. Il existe en moyenne 0.9 événements secondaires par patient (mais =1.3 si cancer, =1.1 si >/=75 ans) principalement cutané (population générale mais surtout digestifs si cancer ou >/=75 ans). Parmi les SPA axiales non radiographique, il s'agit plus fréquemment de femmes, plus jeunes, avec un IMC plus bas, de forme moins ancienne et moins active, avec moins de comorbidité (= 1.7, dont le double de fibromyalgie par rapport à toutes SPA) et moins d'événements secondaires (=0.7).
Parmi 226 PR, 77% sont des femmes, 13.1 ans d'ancienneté, 1.6 ans de délai au diagnostic. 55% sont FR+ et 59% ACPA+. 48% n'ont pas d'atteinte radiographique. 60% sont en DAS28 rémission (dont 84.8% maintenu à 6 mois) ou activité faible. Le nombre moyen de comorbidités est de 2 (mais = 2.1 si >/=75 ans, =1.6 si cancer) avec principalement des antécédents cardiovasculaires, pneumologique, orthopédiques et digestifs. Les évènements indésirables médicamenteux sont en moyenne de 1.1 (mais =1.5 si >/=75 ans ; =1.3 si cancer) et principalement digestifs (général et sous-groupes). Parmi les >70ans sous corticoïdes, 46% sont sans traitement anti-ostéoporotique (prise notamment de RISEDRONATE ou de ZOLEDRONATE).
Conclusion: Aussi bien parmi les SPA et les PR, les patients âgés ou avec antécédents de cancer ont plus de comorbidités (en dehors des PR avec cancer, possible biais) et plus de iatrogénie. Concernant la SPA axiale non radiographique, on retrouve 14% de fibromyalgie (RR=2). Parmi les patients PR sous Corticoides >70ans, moins de la moitié est sous traitement anti ostéoporotique.

Mots-clés : Spondyloarthrites ; Polyarthrite Rhumatoide ; atteinte radiographique ; DMARDs

Descriptive study of a group of patients with chronic inflammatory rheumatism (RA ou SpA), CHU of LIMOGES, 2019

Objective : Comparaison with international studies and analyse in subgroups according to age and type of cancer.
Methods : Patients included from 01/07/19 to 12/20/2019 ; i.e. 226 RA patients and 274 SPA patients. Creation of an Excel database with subgroup analysis (PR and SPA> / = at 75 years old; PR and SPA with type of cancer; axial non-radiographic SPA ; RA patients on corticosteroids> 70 years). Demographic study of the 2 groups (sex ratio, age, age at diagnosis, time to diagnosis, existence, BMI, activity, smoking, immunological status, positivity of "Quantiferon * pre-biotherapy", analgesia, anti-inflammatory, radiographic damage, frequency consultation and convenience) and therapeutic study (current, switch of DMARDs and secondary events generated) on the subgroups.
Results : Among 274 APS, 55% are women, with 14 years of existence, 3.4 years delay at diagnosis, BMI at 27, have an HLA B27 + in 56% and 42% without involvement on images. 27% are in ASDAS remission, 44% are on analgesia, 45% are on NSAIDs and 88% do not use Corticoides. They have an average of 1.9 comorbidities each (but = 2.8 if >/= 75 years ; = 3.3 if cancer) with mainly cardiovascular, dermatological, digestive pneumological and psychological (3 main ones in the same way in the sub-groups). They have 0.9 secondary events each (but = 1.1 if >/= 75 years ; = 1.3 if cancer) mainly cutaneous in general population (but especially digestive if cancer or >/= 75 years). Among non-radiographic axial, they are everymore feminine, younger, thinner, more recent, less active, less backgrounds (1.7 each, including double fibromyalgia compared to all ABP) and with fewer secondary events (0.7 each).
Among the 226 RA patients, 77% are women, 13.1 years of existence, a delay of 1.6 years. They have 55% FR + and 59% ACPA + and 48% without radiographic involvement. 60% are in DAS remission (including 84.8% maintained at 6 months) or low activity. They have on average 2 comorbidities each (maize = 2.1 if >/= 75 years ; = 1.6 if cancer) with mainly cardiovascular, pneumological, orthopedic and digestive history (4 main ones in the same way in the sub-groups). They have 1.1 secondary events each (but = 1.5 if >/= 75 years ; =1.3 if cancer) mainly digestive (general and subgroups). Among those> 70 years old taking corticosteroids, 46% have an anti-osteoporosis treatment (in particular RISEDRONATE or ZOLEDRONATE).
Conclusion: Both among AS and RA, elderly patients or patients with cancer background have more comorbidities (apart from patients with cancer, possible bias) and more iatrogenicity. Regarding non-radiographic axial AS, we find 14% of fibromyalgia (RR = 2). Among RA patients on corticosteroids> 70 years, less than half are on anti-osteoporosis treatment.

Keywords : Spondyloarthritis ; rheumatoid arthritis ; radiographic progression ; DMARDs