



ASSOCIATION DES RHUMATOLOGUES D'ALSACE

# STAFFS in Alsace

sessions N°1 et N°2

(02/04/24 et 04/06/24)

# SOMMAIRE

1

le succès de ces 2 réunions

2

La transdisciplinarité

3

focus “inflammatoire”

4

les cas cliniques traités

# LE SUCCES DE CES 2 RÉUNIONS

Les deux réunions ont eu un franc succès avec plus de 20 rhumatologues en présentiel et tout autant en distanciel.

Parmi les participants, on note la présence avec une quasi parité, d'hospitaliers (Interne, CC, PH et PU-PH) et libéraux.

Toutes les générations sont représentées.

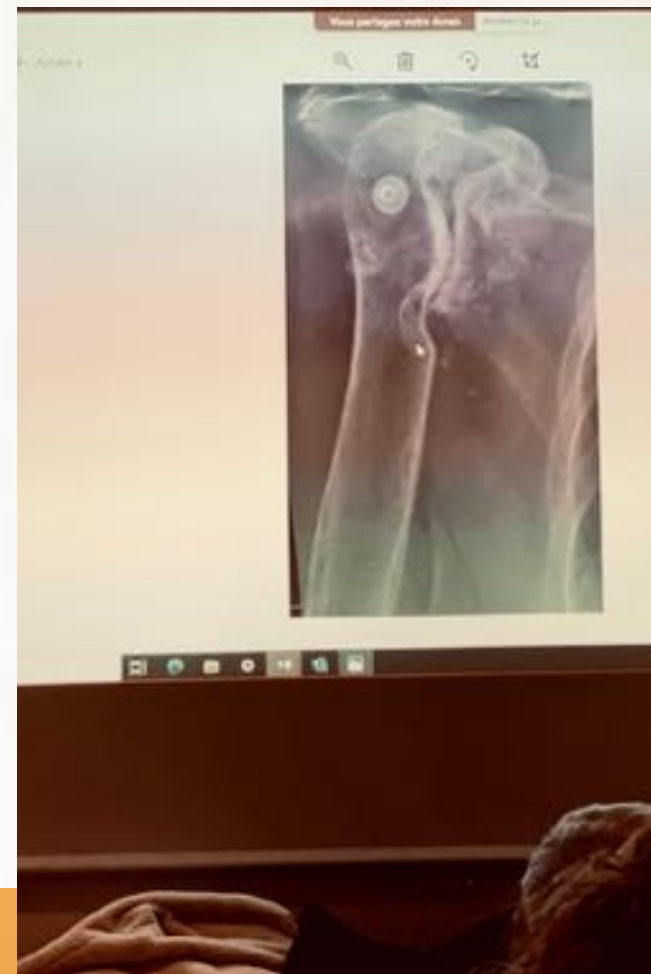


# LA TRANSDISCIPLINARITÉ

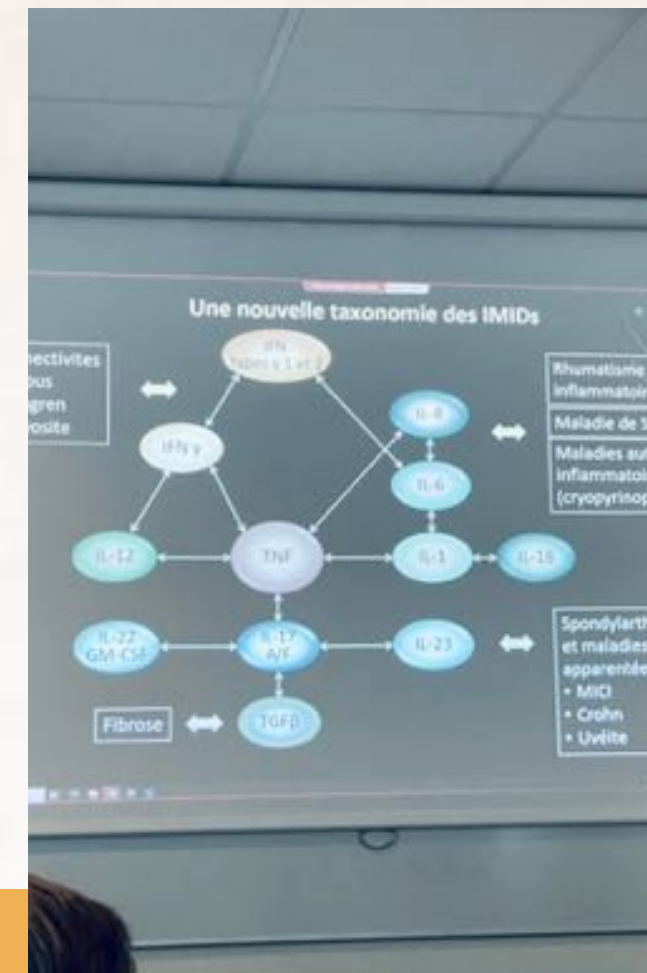
La Rhumatologie est une discipline aux nombreux champs d'action. Les réunions staff médicaux permettent la mise en lumière de plusieurs sensibilités: pathologies osseuses, maladies dégénératives, iconographies insolites, expression articulaire des infections, connectivites et les rhumatismes inflammatoires.



LESHMANIOSE



OSTÉONÉCROSE



EXPERTISE  
INFLAMMATOIRE



CDR



# F O C U S INFLAMMAOIRE

“staff in Alsace” c’est l’occasion de discuter de cas complexes dont la difficulté est parfois diagnostique, parfois thérapeutique.

L’échange entre générations, entre hospitaliers et libéraux, est précieux et est toujours source d’enrichissement.

Enfin, c’est aussi l’occasion de replonger dans l’immunologie fondamentale.



les cas cliniques

# LES CAS CLINIQUES

De nombreux cas cliniques ont été abordés. Nous avons mis les plus emblématiques

## PR DIFFICILE À TRAITER

Patiente de 61 ans présentant une PR, un ATCD de sarcoïdose et une élévation chronique des CPK sous JAKi (3ème ligne)

- penser au syndrome des anti-synthétases

## CCA DIFFICILE À TRAITER

Patiente de 80 ans présentant une bi-arthrite de hanche à CCA, volumineuse et récidivante malgré les gestes de ponction et infiltrations itératifs.

- Traitement ?

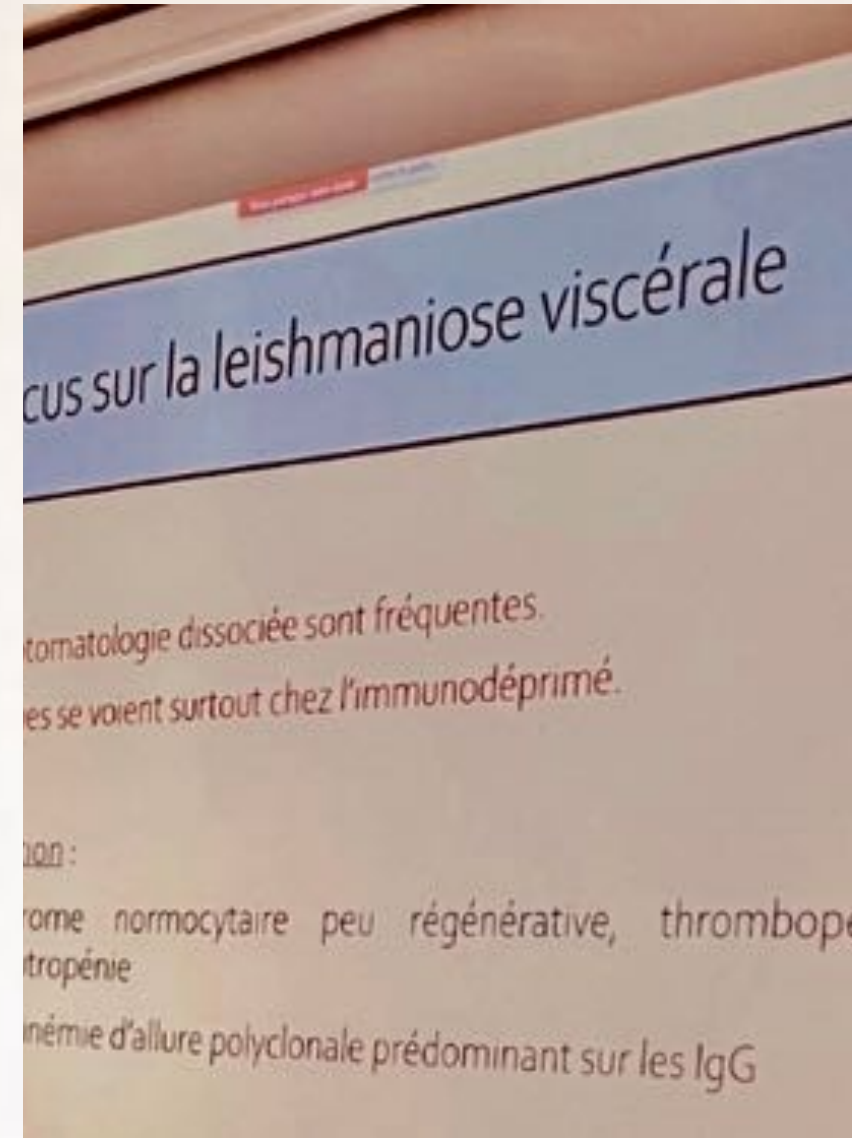
## RACHIALGIES : PENSER LESCHMANIOSE

Patient de 60 ans présentant des rachialgies (dorsalgie), myalgies, asthénie; et dont le bilan étiologique exhaustif est négatif jusqu'à la découverte d'une leschmaniose

- focus



# EN IMAGE



> 30  
PARTICIPANTS



# Cas clinique

- Patiente de 47 ans atteinte d'une polyarthrite rhumatoïde
  - ACPA/FR fortement positifs
  - Quelques érosions débutantes aux mains
- Comorbidités :
  - Fumeuse active à 25 PA
  - Hypertension traitée
- Traitement :
  - Methotrexate SC 20mg/semaine (+ Vit B9)
  - Adalimumab 40mg/ 2 semaines
  - Ramipril 5mg/semaine
- Dernière évaluation : recrudescence activité, NAG = 7; CRP = 42 mg/L
  - ➔ DAS28-CRP = 5,95

**Quelle est votre stratégie thérapeutique ?**

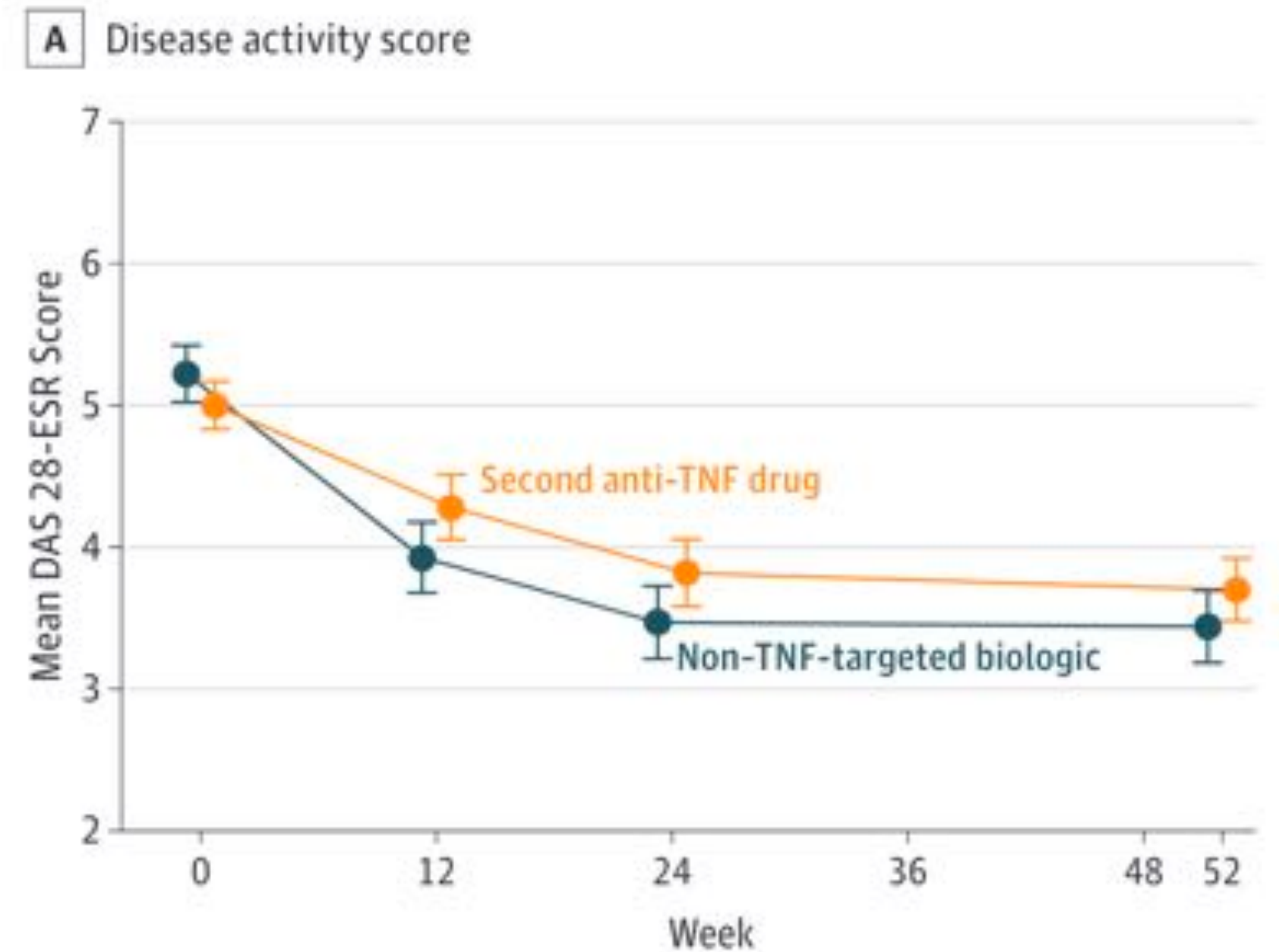
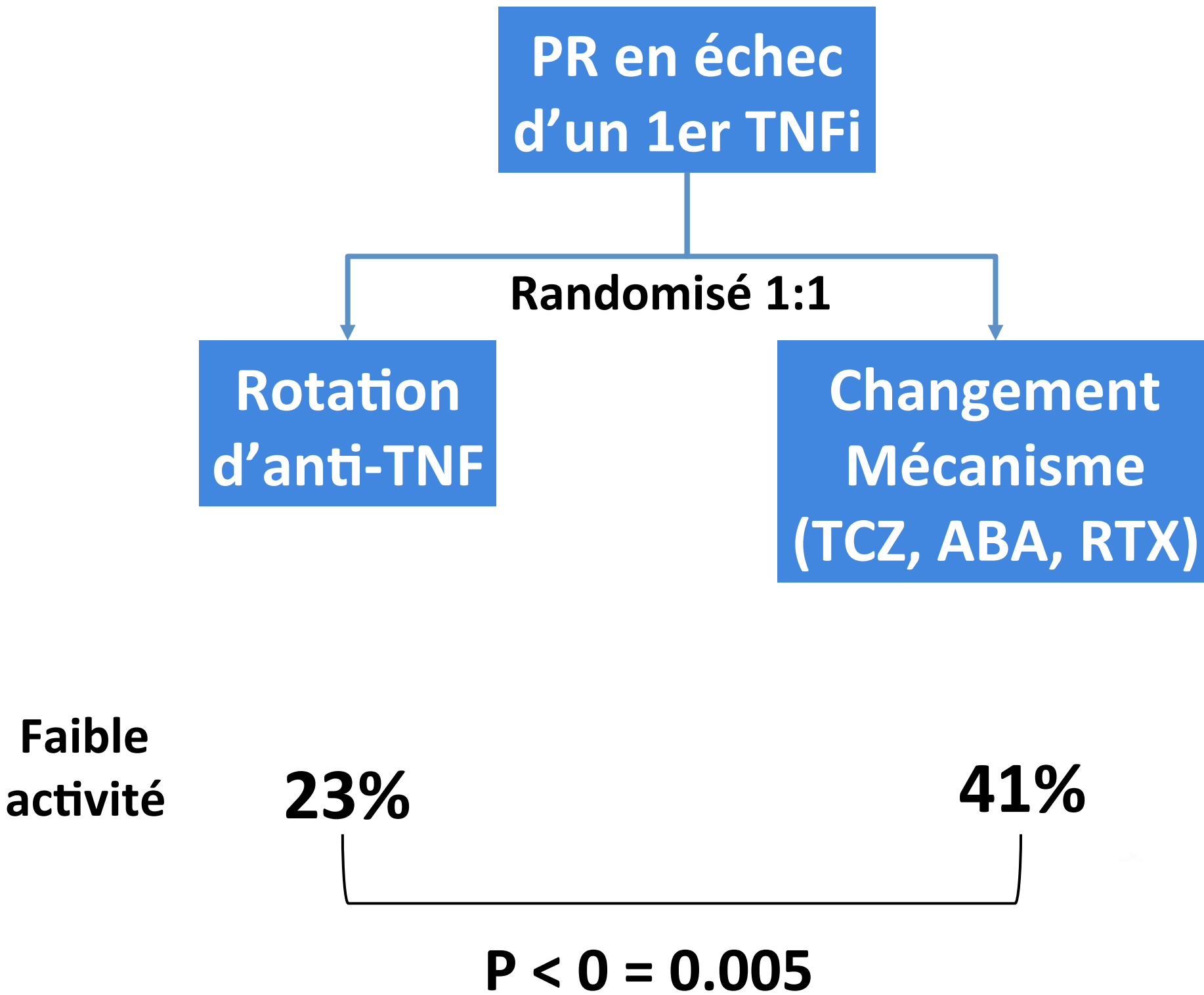
# Quizz 1

- Patiente de 47 ans atteinte d'une polyarthrite rhumatoïde
  - ACPA/FR fortement positifs
  - Quelques érosions débutantes aux mains
- Comorbidités :
  - Fumeuse active à 25 PA
  - Hypertension traitée
- Traitement :
  - Methotrexate SC 20mg/semaine (+ Vit B9)
  - Adalimumab 40mg/ 2 semaines
  - Ramipril 5mg/semaine
- Dernière évaluation : recrudescence activité, NAG = 7; CRP = 42 mg/L
  - ➔ DAS28-CRP = 5,95

**Quelle est votre stratégie thérapeutique ?**

- A/ Tenter un autre anti-TNF**
- B/ Introduire un JAK inhibiteur**
- C/ Introduire un inhibiteur de l'IL6R**
- D/ Majorer le MTX à 25mg/semaine**

# Rotation d'anti-TNF ou changement de classe ?

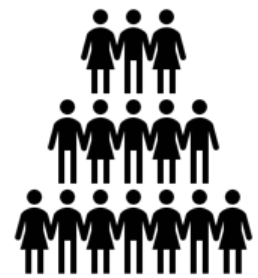




# Blocage de l'IL-6 dans la polyarthrite rhumatoïde

## Original article

### Predictors of response and remission in a large cohort of rheumatoid arthritis patients treated with tocilizumab in clinical practice



- Cohorte prospective de 204 patients atteints de PR
- DAS28-VS moyen à 5,14 et traités par TCZ



- Analyse multivariée des facteurs associée à la réponse EULAR et la rémission (DAS28-VS)

Facteur	Odds ratio de réponse (IC95%)
CRP > 10mg/L	4,45 (1,45-13,73)
Age > 55 ans	0,285 (0,086-0,950)
Maladie CV préalable	0,305 (0,113-0,825)

**Meilleure réponse au TCZ  
si CRP > 10 et age < 55 ans**

# Quizz 1

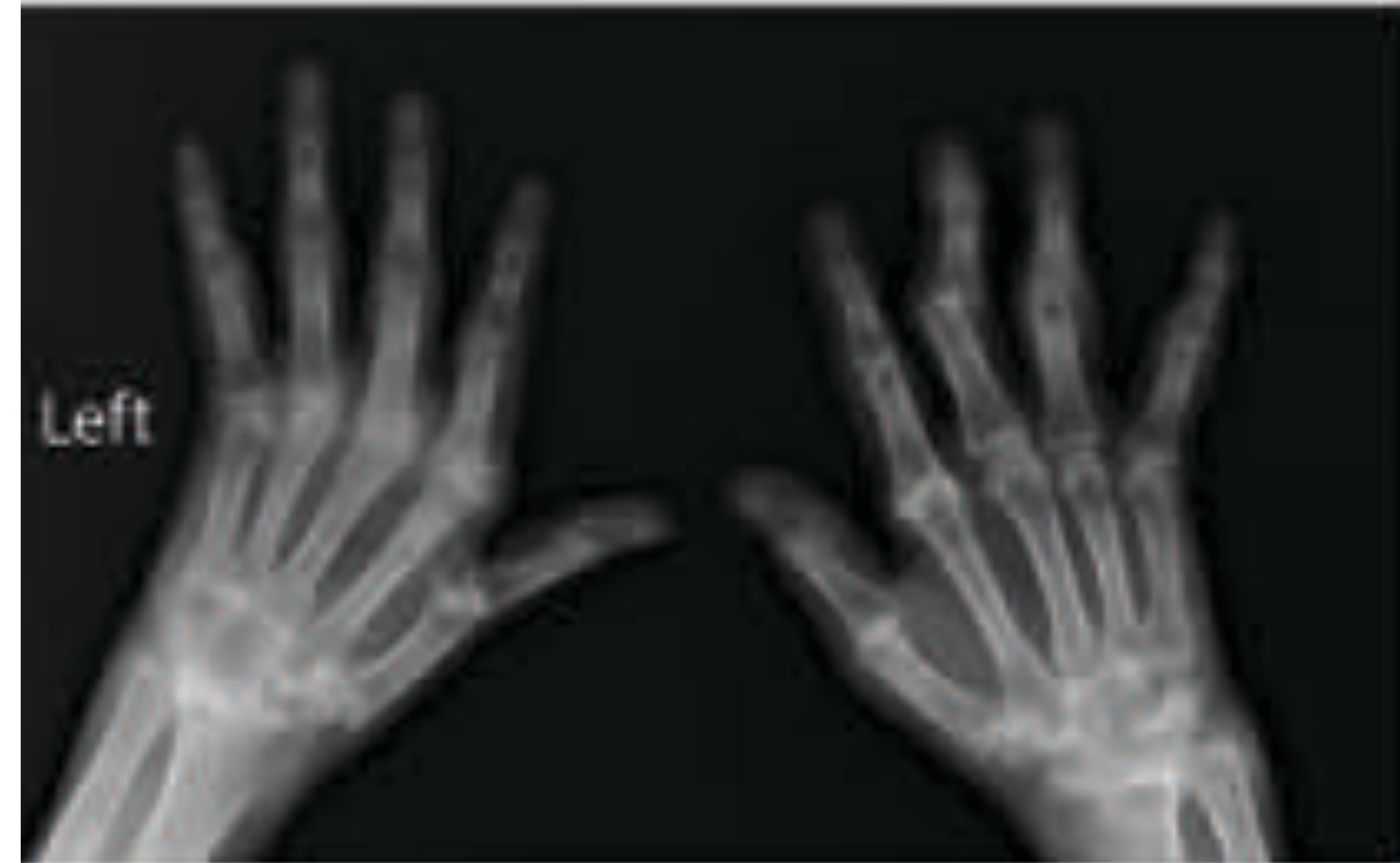
- Patiente de 47 ans atteinte d'une polyarthrite rhumatoïde
  - ACPA/FR fortement positifs
  - Quelques érosions débutantes aux mains
- Comorbidités :
  - Fumeuse active à 25 PA
  - Hypertension traitée
- Traitement :
  - Methotrexate SC 20mg/semaine (+ Vit B9)
  - Adalimumab 40mg/ 2 semaines
  - Ramipril 5mg/semaine
- Dernière évaluation : recrudescence activité, NAG = 7; CRP = 42 mg/L  
➔ DAS28-CRP = 5,95

**Quelle est votre stratégie thérapeutique ?**

- A/ Tenter un autre anti-TNF**
- B/ Introduire un JAK inhibiteur**
- C/ Introduire un inhibiteur de l'IL6R**
- D/ Majorer le MTX à 25mg/semaine**

# Cas clinique

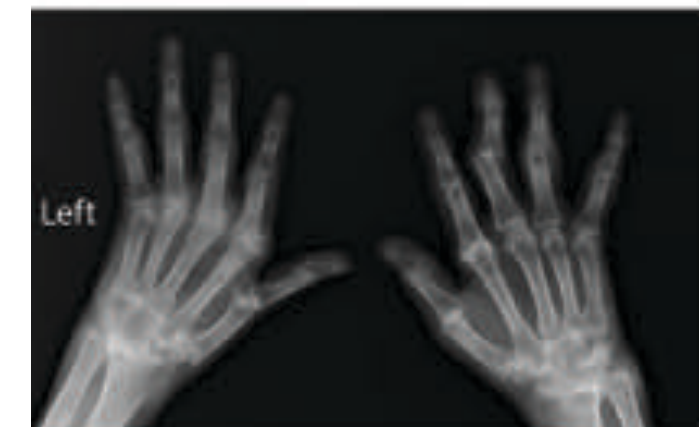
- Vous perdez de vue la patiente qui déménage à Marseille. Vous la revoyez 6 ans après pour sa PR.
- Son traitement actuel : Methotrexate 20mg SC, Certolizumab 300mg/14j, prednisone 10mg/j
- On note dans son histoire thérapeutique:
  - Adalimumab (échec secondaire)
  - Tocilizumab (échec primaire)
  - Abatacept (échec primaire)
  - Rituximab (échec primaire)
  - Sarilumab (échec primaire)
- La patiente est fortement active avec un DAS28-CRP à 5,5, les radiographies ont progressées depuis votre dernière évaluation.





# Quizz 2

- Vous perdez de vue la patiente qui déménage à Marseille. Vous la revoyez 6 ans après pour sa PR.
- Son traitement actuel : Methotrexate 20mg SC, Certolizumab 300mg/14j, prednisone 10mg/j
- On note dans son histoire thérapeutique:
  - Adalimumab (échec secondaire)
  - Tocilizumab (échec primaire)
  - Abatacept (échec primaire)
  - Rituximab (échec primaire)
  - Sarilumab (échec primaire)
- La patiente est fortement active avec un DAS28-CRP à 5,5, les radiographies ont progressées depuis votre dernière évaluation.



**Peut-on parler de PR difficile à traiter ?**

**A/ Non, car elle n'a pas encore reçu de JAKi**

**B/ Non, car il manque de l'hydroxychloroquine à son traitement**

**C/ Oui**

**D/ Je ne sais pas, j'adresse la patiente à Jean Sibilia à Strasbourg**

Polyarthrite difficile à traiter :  
définition

## Trois critères indispensables

Échec  $\geq 2$  b/tsDMARD de mécanismes  
d'action différents

**Echec de 6 bDMARDs**

- 2 anti-TNF
- 2 IL6-R
- CTLA4Ig
- Anti B

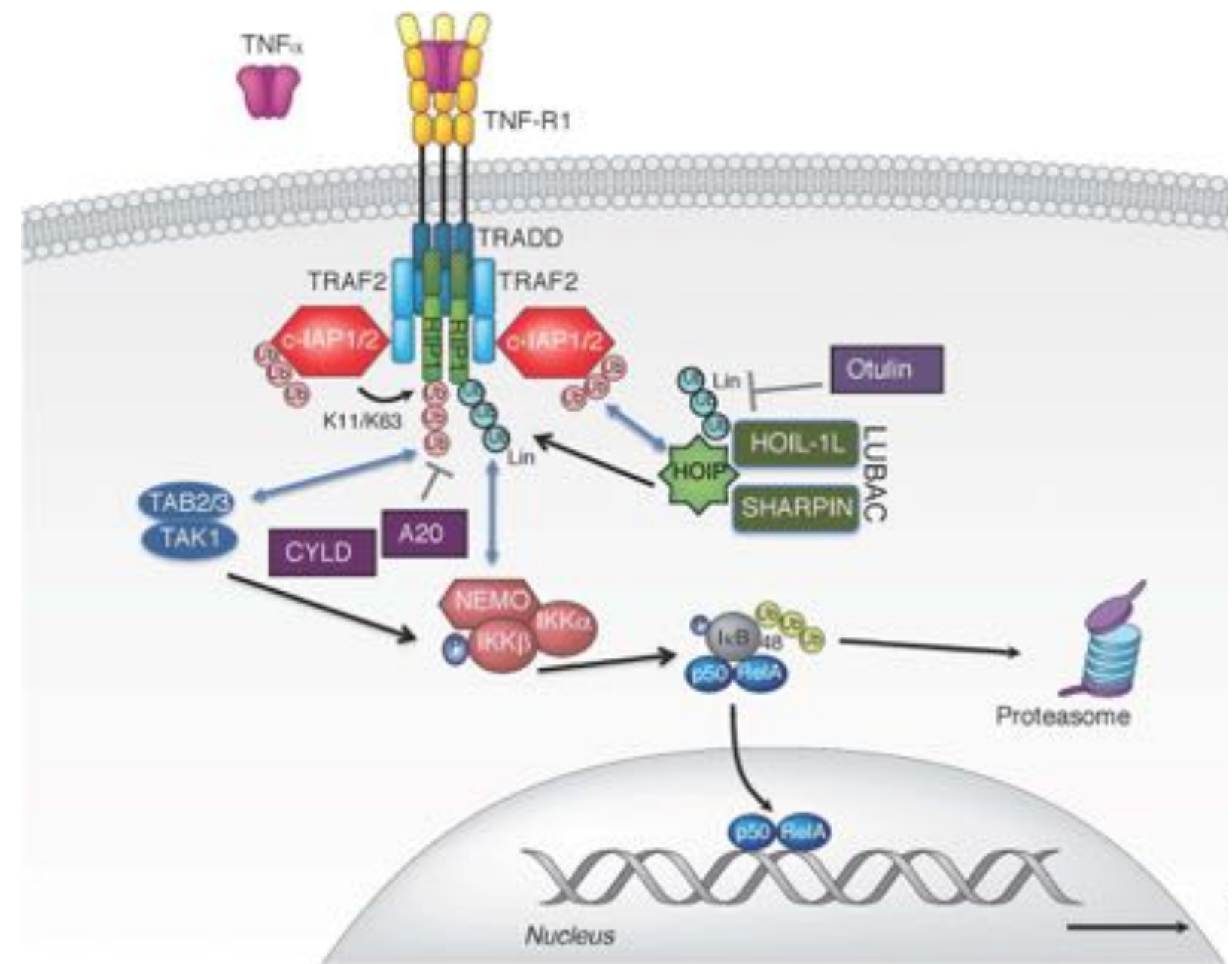
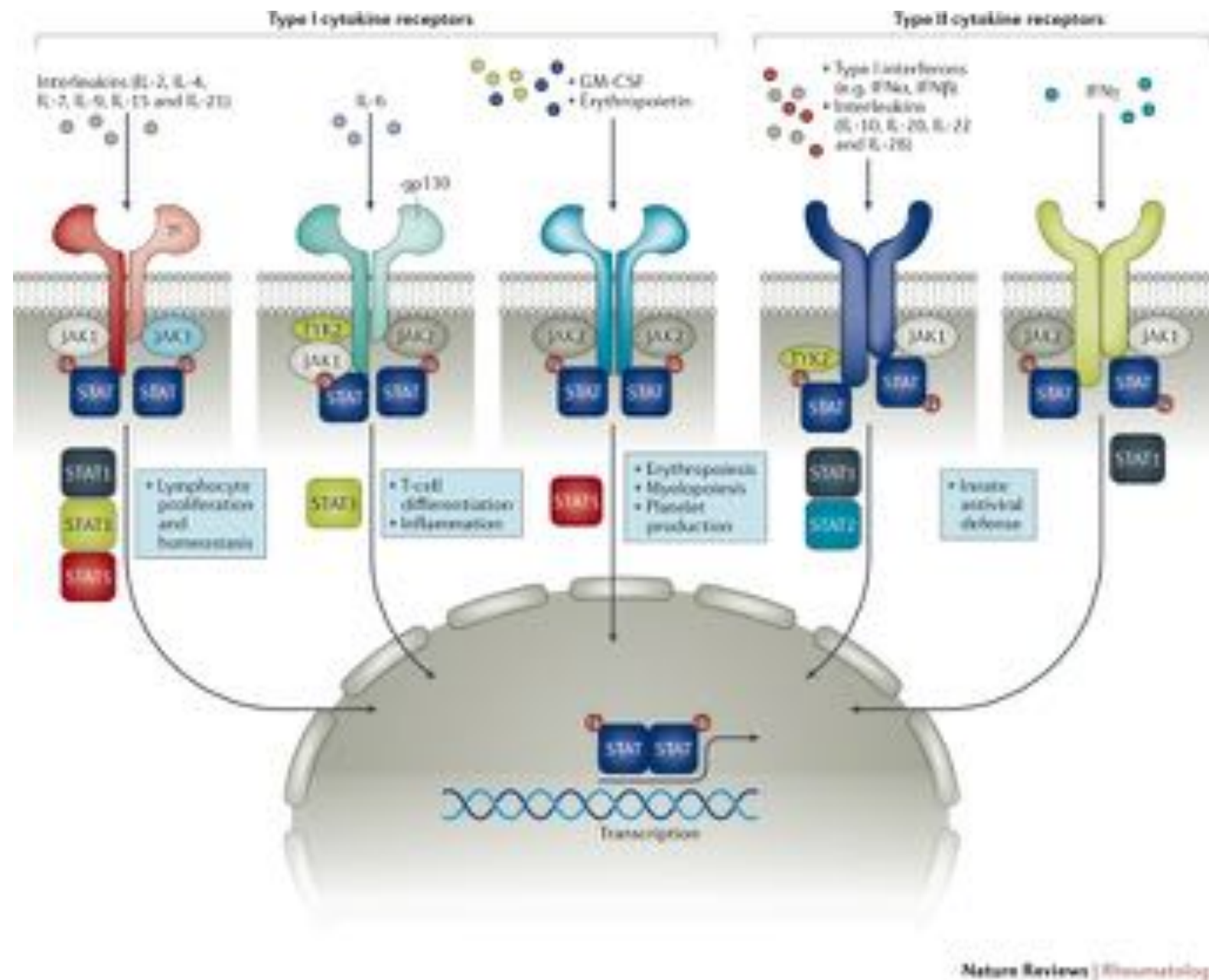
Signes d'activité de la PR  
(clinique, RX, biologique, corticoïdes)

- Progression RX
- DAS  $> 3,2$
- Prednisone  $\geq 7,5\text{mg}$

Prise en charge considérée problématique  
par le médecin et/ou la patient

- Sollicitation de  
plusieurs avis  
médicaux

# Association de mécanismes d'action distincts



## Exemple d'associations\*:

JAKi + TNFi

TNFi + IL6R

JAKi + CTLA4Ig

TNFi + CTLA4Ig

JAKi + Rituximab

Balance bénéfice risque  
Discussion en RCP  
Information du patient

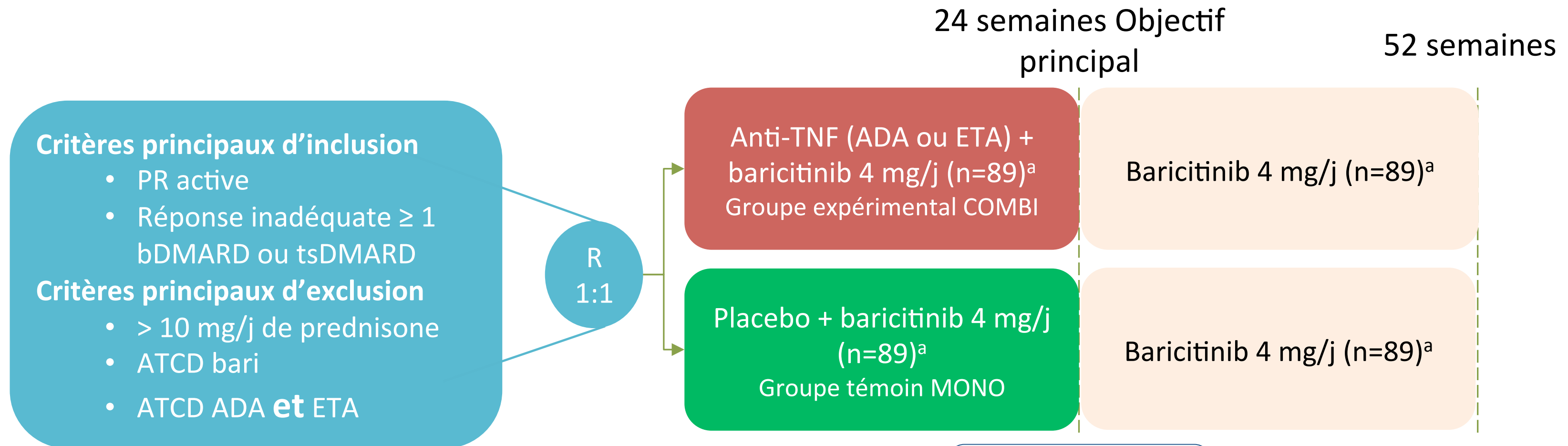
*Winthrop KL. Nat Rev Rheumatol. 2017 Apr;13(4):234-243.*

*Webster JD, et al., Front Cell Dev Biol. 2020 May 21;8:365.*



# Étude CRI-RA : Baricitinib ± ADA

Etude multicentrique, en double aveugle, randomisé



Prise en compte des populations à risque d'ORAL surveillance



Avis favorable du CIS pour la poursuite de l'étude après analyse des 50 premiers patients inclus

**Contact : Prof. Christophe RICHEZ, Bordeaux**

• <sup>a</sup>Plus doses stables de csDMARD.

## Quizz 3

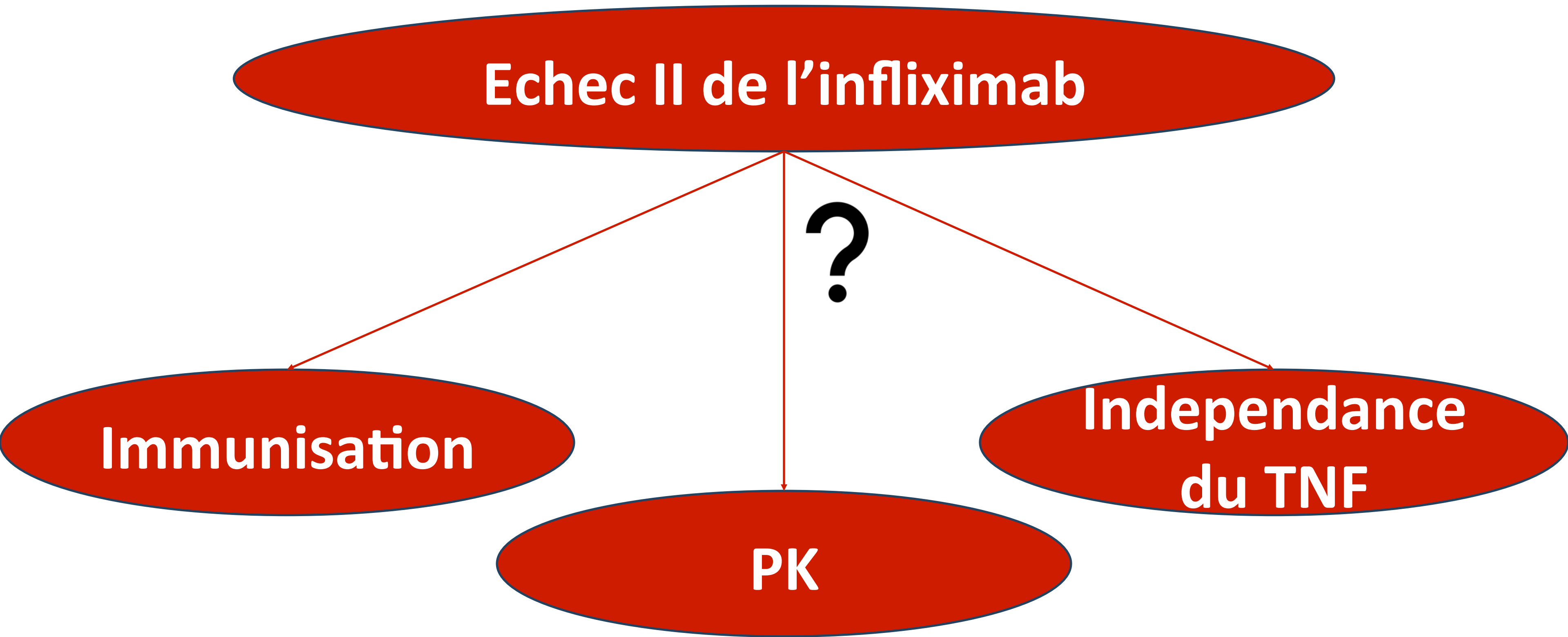
- La patiente est mise sous Infliximab 3mg/kg/6 semaines permettant une franche amélioration des arthrites et du syndrome inflammatoire.
- 14 mois plus tard, elle note une perte progressive d'efficacité, le DAS28-CRP est à 5,2 avec des signes objectifs d'inflammation

**Que proposez vous concernant l'infliximab ?**

- A/ Augmenter la posologie à 5mg/kg**
- B/ Rapprocher les perfusions**
- C/ Doser les anticorps anti-infliximab**
- D/ Arrêt et relai pour un autre b/tsDMARD**

**Toutes ces stratégies  
sont acceptables !**

Doser les molécule + ADA : différencier 3 situations ?



## Quizz 4

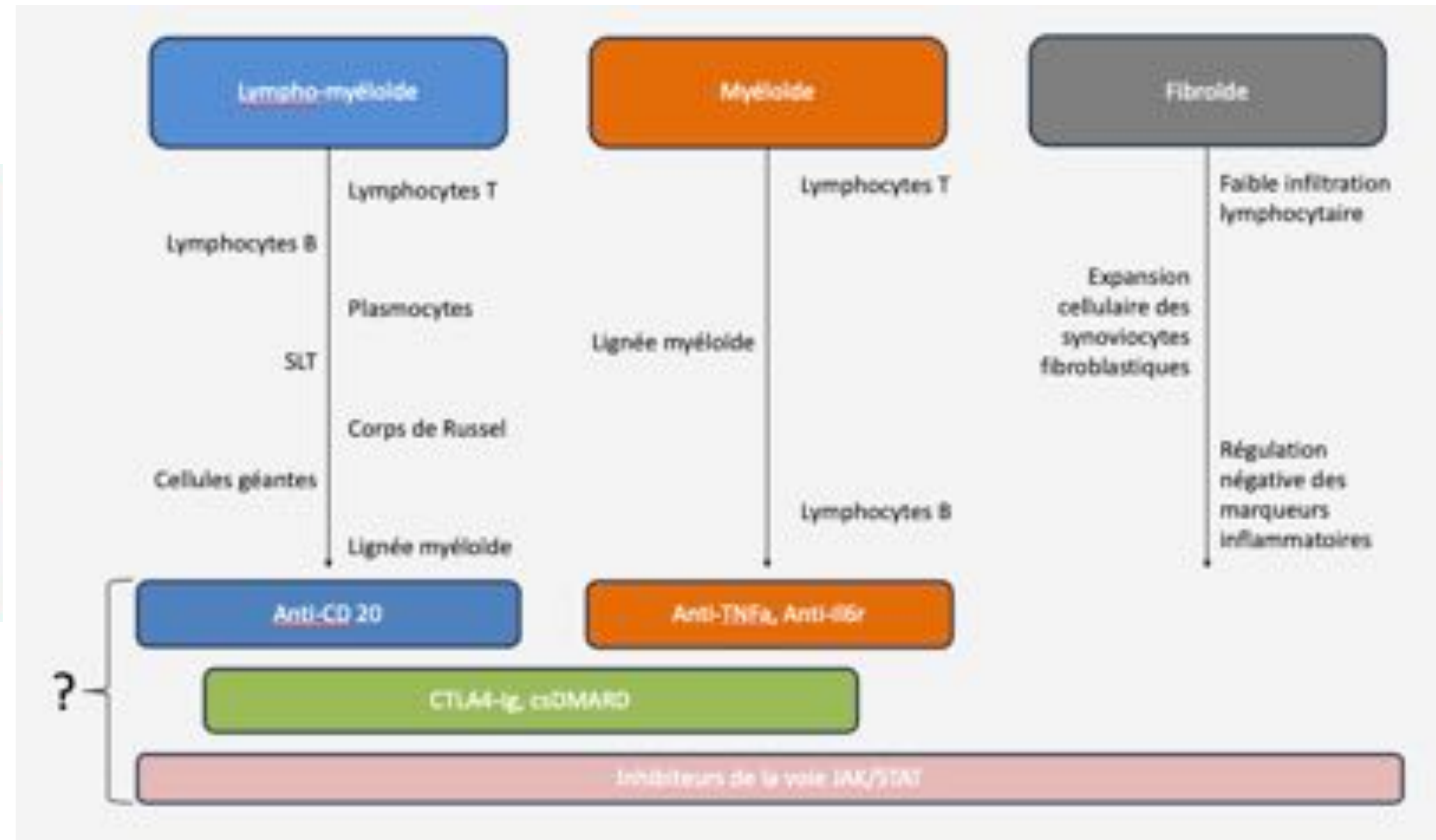
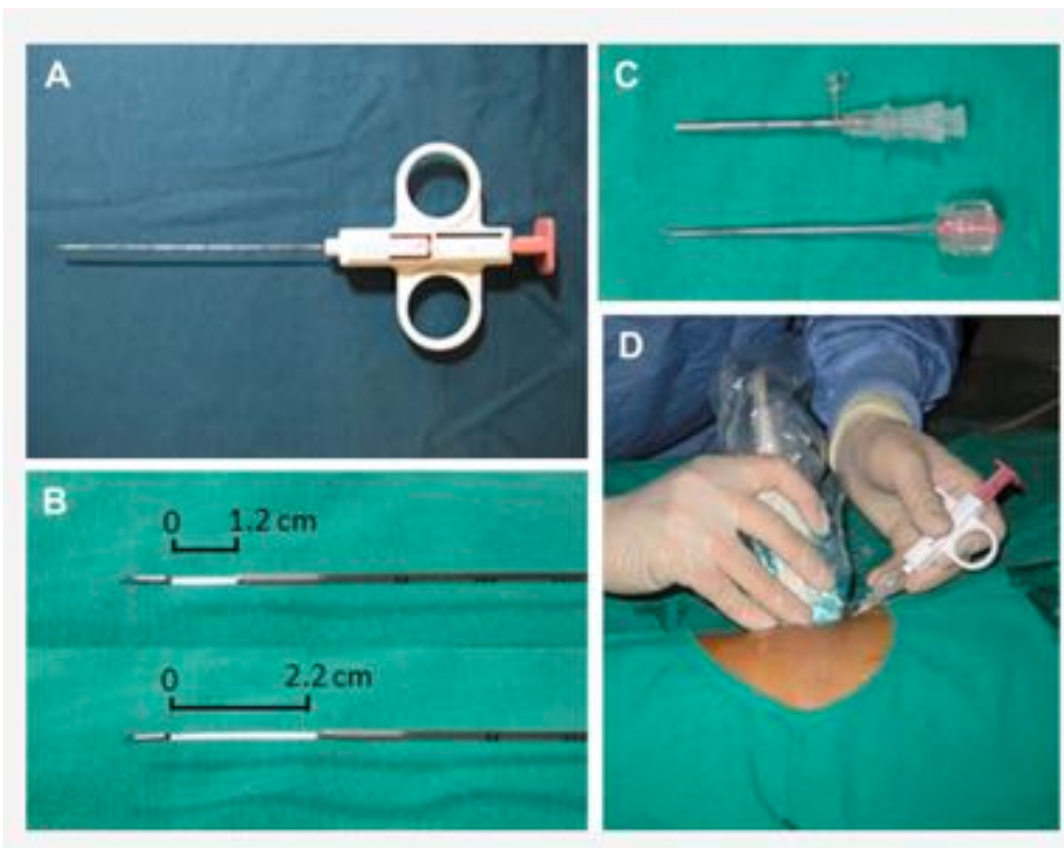
- Malgré votre optimisation, la patiente est toujours active
- Elle est réhospitalisée et une biopsie synoviale (genou) est proposée.

**Quelles sont les réponses correctes à propos de la biopsie synoviale ?**

- A/ Elle nécessite une hospitalisation prolongée**
- B/ Elle permet d'améliorer la réponse thérapeutique en guidant le choix de traitement par l'aspect histologique**
- C/ Elle nécessite un anatomopathologiste expérimenté dans sa lecture**
- D/ L'intérêt pour le patient se discute en général au cas par cas**



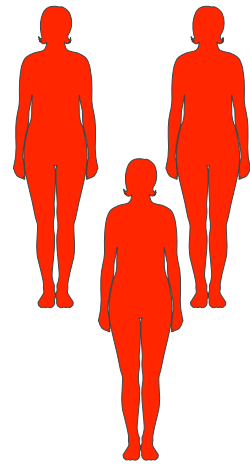
# Apport potentiel de la biopsie synoviale



# La biopsie synoviale ne permet pas de guider le ttt (en 2023)

PR active (n = 164)

Échec csDMARD et un bDMARD



Randomisation 1:1

Rituximab OU Tocilizumab

%CDAI50 à 48 semaines :

Classification histologique (pauvre en B) :

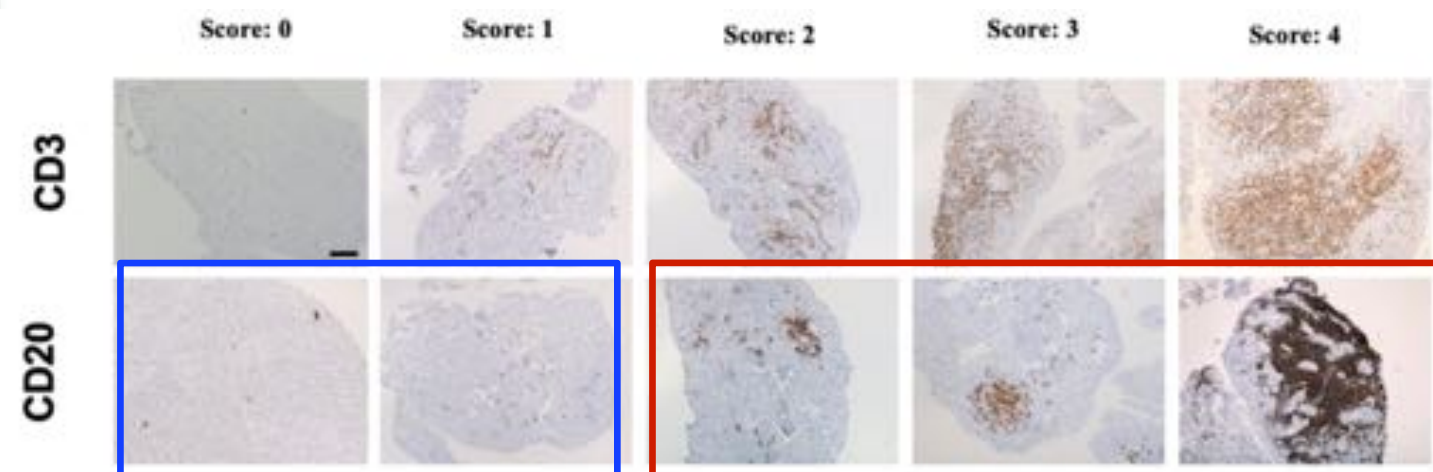
→ RTX 45% vs. TCZ 56% ( $\Delta$  11%,  $p = 0,31$ )

Classification transcriptomique (pauvre en B) :

→ RTX 36% vs. TCZ 63% ( $\Delta$  25%,  $p = 0,035$ )

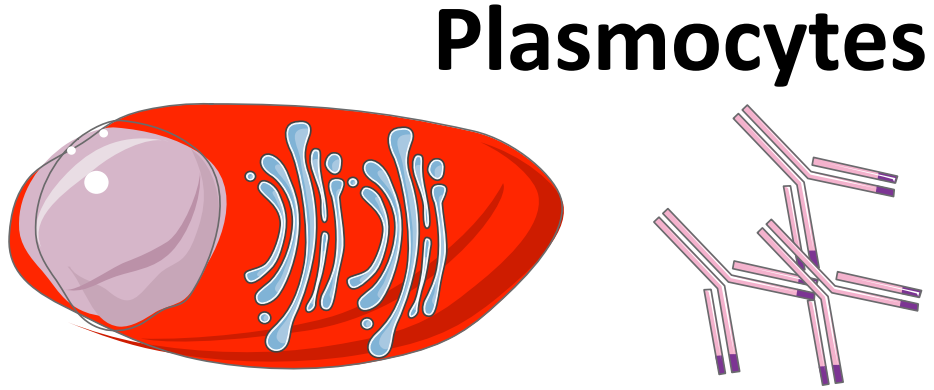
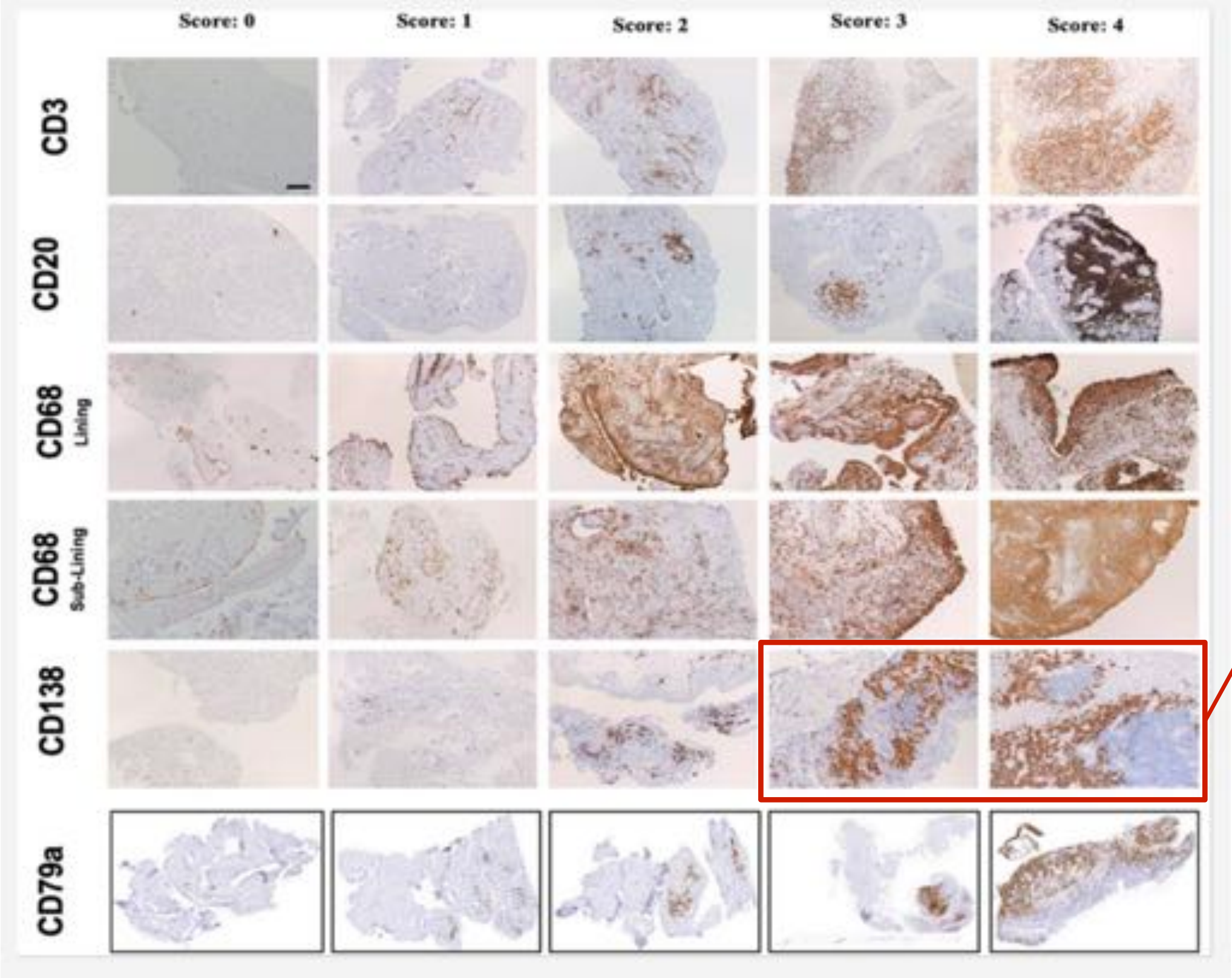


Classification  
Histologique & transcriptomique  
Pauvre ou Riche en lymphocytes B





# Vers de nouvelles stratégie de thérapie (ciblées)?



**Cibler le plasmocyte dans la PR ?**







# LA VOIE DE L'IL-17 EXPLIQUÉE PAR LE PR SIBILIA



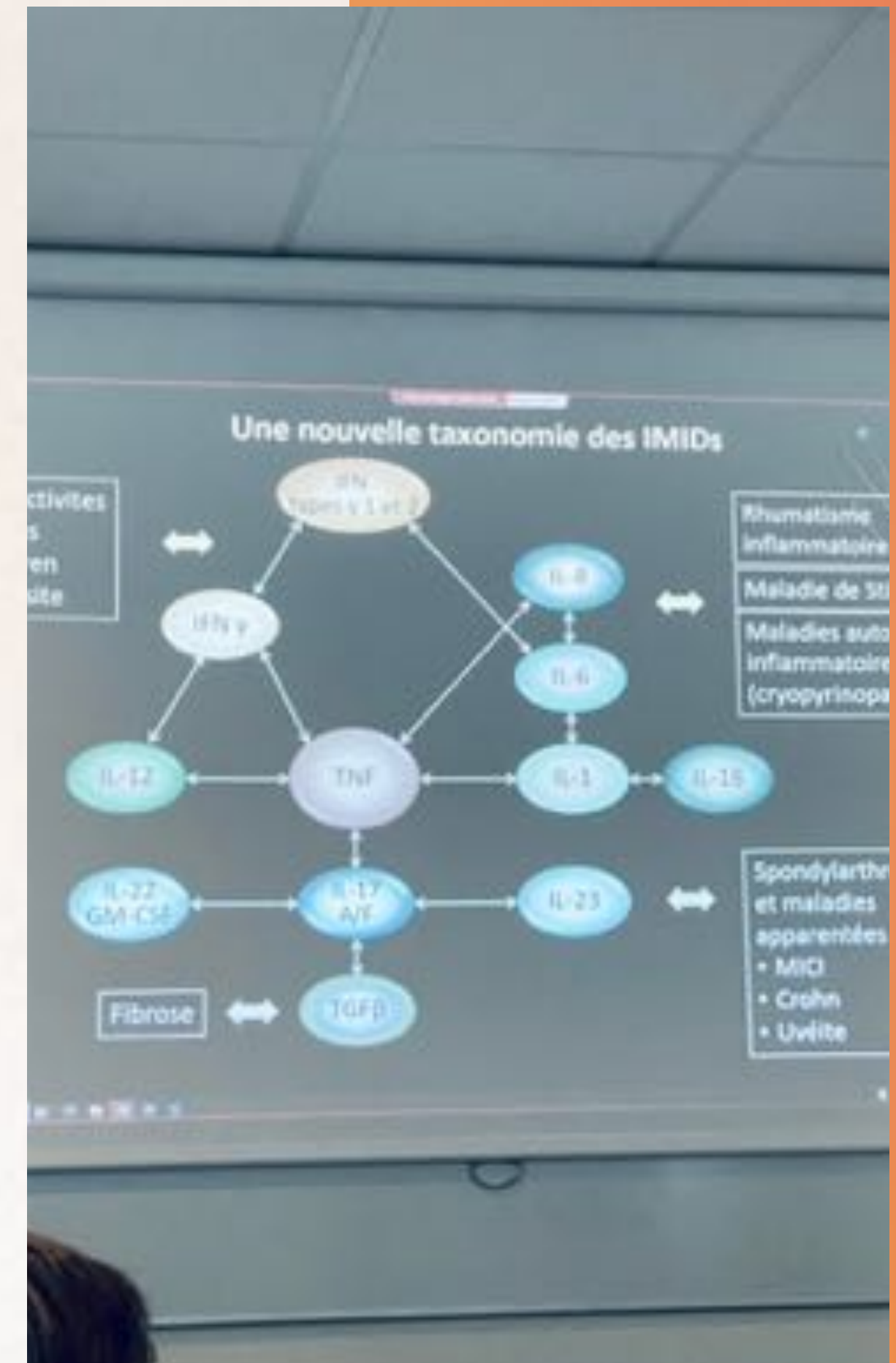
la nébuleuse  
"spondylarthropathies"



une nouvelle taxonomie



la voie de l'anti-IL 17



# TÉMOIGNAGES

Il ya eu un “avant COVID et un “après COVID”. Cette phrase maintes fois entendue, se vérifie aussi en médecine. En effet, les réunions sont désertées. Aucun sujet ne motive les foules. Parfois, trop d’innovation tue l’innovation et il faut savoir revenir aux fondamentaux. De cette réflexion est née la motivation pour faire le DPC “staff in Alsace”



Merci à toutes et à tous, hospitaliers, libéraux, jeunes, moins jeunes et retraités pour être venus ce soir !

**PR GOTTENBERG**  
CHEF DE SERVICE



On renoue avec le passé. Les générations se croisent et s’enrichissent les unes des autres

**PR KUNTZ,**  
ANCIEN CHEF DE SERVICE



Les formats hybrides permettent d’être présent même en cas d’empêchement

**DR HUBER-SOMMES**  
LIBÉRAL STRASBOURG



C’est chouette de revoir les beaux jours de l’ARA. Merci pour ces présentations

**DR LEROMAIN**  
LIBÉRAL RETRAITÉE

# CONTACT



PR JEAN SIBILIA  
DR MARC SCHERLINGER  
DR ETIENNE DAHAN  
[rhumatodpc@gmail.com](mailto:rhumatodpc@gmail.com)





MERCI