

Recommandation pour le diagnostic et la prise en charge de la polyarthrite rhumatoïde

SFR 2023

PRINCIPES GENERAUX

	TEXTE
A	La prise en charge des patients atteints de PR ou ayant une suspicion clinique de PR nécessite une concertation entre le patient et le rhumatologue, dans le cadre d'une décision médicale partagée reposant sur l'information et l'éducation du patient.
B	Le rhumatologue est le spécialiste qui doit prendre en charge les patients atteints de PR ou ayant une suspicion clinique de PR. Le médecin généraliste joue un rôle important pour la détection de la maladie et, en coordination avec le rhumatologue, pour le suivi du patient.
C	Tout patient atteint de PR ou ayant une suspicion clinique de PR devrait bénéficier d'une prise en charge globale, médicamenteuse et non médicamenteuse , centrée sur le patient.
D	Dans l'objectif d'une prise en charge globale et optimale de la PR, le rhumatologue doit prendre en considération les coûts associés à la PR et à ses conséquences.

RECOMMANDATIONS

	TEXTE
1	Le diagnostic de PR nécessite la présence d'au moins une arthrite clinique et doit être confirmé le plus tôt possible par le rhumatologue. En cas de suspicion de PR et en l'absence d'arthrite clinique, l'évaluation du risque d'évoluer vers une PR reposera sur des critères cliniques, immunologiques et d'imagerie.
2	Dès que le diagnostic de PR est posé ou en présence de facteurs de risque d'arthrite persistante, un traitement de fond doit être débuté. En l'absence d'arthrite clinique, il n'est pas recommandé d'introduire un traitement de fond pour prévenir la survenue d'une PR. La prise en charge reposera avant tout sur les traitements symptomatiques, les règles hygiéno-diététiques et la surveillance.
3	L'objectif du traitement est d'atteindre et de maintenir la rémission clinique ou au minimum la faible activité, sur la base de critères composites validés, incluant les indices articulaires
4	Le suivi de la maladie par le rhumatologue doit être rapproché (1 à 3 mois) tant que la maladie est active. S'il n'y a pas d'amélioration dans les 3 mois suivant le début du traitement ou si l'objectif thérapeutique n'a pas été atteint à 6 mois, le traitement doit être ajusté.
5	Le méthotrexate est le traitement de fond de première ligne chez les patients ayant une PR active avec une posologie initiale d'au moins 15 mg/semaine , pouvant être optimisée jusqu'à 25 mg/semaine entre 1 et 3 mois en fonction de l'efficacité et de la tolérance
6	Chez les patients naïfs de traitement de fond, en cas de contre-indication au méthotrexate ou d'intolérance précoce, le leflunomide ou la sulfasalazine sont une alternative thérapeutique.
7	Dans l'attente de l'efficacité d'un traitement de fond synthétique conventionnel, une corticothérapie orale ou injectable peut être proposée par le rhumatologue. La corticothérapie sera prescrite à la dose la plus faible possible sur une durée la plus courte possible, arrêtée au maximum entre 3 et 6 mois.
8	Chez les patients insuffisamment répondeurs ou intolérants au MTX (ou autre csDMARD de 1 ^{ère} ligne), et en l'absence de facteur de mauvais pronostic, une rotation ou une association de traitement de fond synthétiques conventionnels peuvent être proposées.
9	Chez les patients insuffisamment répondeurs au MTX (ou autre csDMARD de 1 ^{ère} ligne) et en présence de facteurs de mauvais pronostic , l'addition d'une thérapeutique ciblée biologique ou synthétique doit être proposée. La prescription d'un inhibiteur de JAK doit respecter les recommandations dédiées du PRAC et de la SFR.

10	Toutes les thérapies ciblées (biologiques ou synthétiques) doivent être utilisées préférentiellement en association avec le MTX (ou le leflunomide en cas de contre-indication au MTX).
11	Les patients en échec d'une thérapie ciblée (biologique ou synthétique) doivent être traités par une autre thérapie ciblée. La prescription d'un inhibiteur de JAK doit respecter les recommandations dédiées du PRAC et de la SFR.
12	En cas de rémission persistante et sans corticoïde, une décroissance progressive des traitements de fond (conventionnels synthétiques ou ciblés) doit être envisagée.
13	Le choix et l'adaptation des thérapies doivent intégrer d'autres facteurs que la mesure de l'activité de la maladie, comme la progression structurale, les atteintes extra-articulaires, les maladies associées, la tolérance et l'observance des traitements, l'avis et le ressenti du patient.
14	Un dépistage et une évaluation périodique des comorbidités, de leurs facteurs de risque et de leur prise en charge doivent être réalisés. La prise en charge doit être associée à des conseils d'hygiène de vie (activité physique régulière, arrêt du tabac, alimentation équilibrée, etc.) et la mise à jour des vaccinations.
15	Les symptômes et les signes physiques en rapport avec une atteinte respiratoire (toux chronique, dyspnée, anomalies de l'auscultation pulmonaire, hippocratisme digital...) doivent être systématiquement recherchés par le rhumatologue au diagnostic et lors du suivi des patients atteints de PR.
16	En présence de symptômes et/ou de signes physiques respiratoires, un scanner thoracique en haute résolution comportant des coupes fines doit être réalisé. En l'absence de symptôme et/ou de signe physique respiratoire, le dépistage systématique d'une PID par scanner thoracique haute résolution n'est actuellement pas recommandé.
17	La prise en charge d'un patient PR avec une PID doit être réalisée en collaboration avec un pneumologue expert. Tout patient PR avec une PID doit avoir un suivi comprenant au minimum 1/ la recherche d'une apparition ou aggravation des symptômes et signes physiques respiratoires à chaque consultation, et 2/ des EFR, incluant la mesure de la DLCO, tous les 6 à 12 mois. Tout patient PR avec une PID doit être informé sur les symptômes évocateurs d'une aggravation de son atteinte pulmonaire.
18	Chez un patient PR avec une PID, l'initiation ou la poursuite d'un traitement par MTX est possible.
19	PID : En cas d'initiation d'un traitement ciblé, il est préférable d'utiliser l'abatacept ou le rituximab.