

CA 1

L'ACIDE HYALURONIQUE, QUELLES INDICATIONS EN DEHORS DU GENOU**R.Akrout, S.Baklouti***Service de Rhumatologie CHU Hédi Chaker Sfax***Introduction :**

Les injections intra articulaire d'Acide Hyaluronique (AH) ou visco-supplémentation constituent une méthode thérapeutique qui est largement employée dans le traitement de la gonarthrose. Le principe de ce traitement vise à compenser le défaut quantitatif et qualitatif en acide hyaluronique du liquide synovial. Cette méthode ayant donné lieu à une littérature abondante dans la gonarthrose, d'autres articulations arthrosiques ont été testées. La coxarthrose, l'omarthrose, la rhizarthrose et l'arthrose de la cheville ont été les principales autres localisations étudiées. Bien que les résultats soient parfois décevants, la viscosupplémentation possède actuellement une place au titre d'anti arthrosique symptomatique d'action lente (AASAL) parmi les recommandations internationales du traitement non seulement de la gonarthrose, mais aussi de la coxarthrose (1), et plus récemment de l'arthrose digitale (2), avec un niveau de preuve toutefois modéré. Il est certain qu'il existe beaucoup de controverse concernant son efficacité clinique. Néanmoins, la majorité des études montrent une efficacité clinique supérieure à celle du placebo et remarquable par sa durée d'action qui peut s'étaler sur plusieurs mois. Les schémas thérapeutiques et les produits utilisés sont très variés dans la littérature.

Quels AH, pour quelles articulations et quels schémas thérapeutiques privilégier ?

Il existe actuellement de très nombreux acides hyaluroniques disponibles sur le marché. Ces acides hyaluroniques, différent en fonction de leur concentration, de leur mode d'extraction et de production, et de leur niveau de purification. Le poids moléculaire de ses acides hyaluroniques peut varier de 500 000 Da à 6 000 000 Da. Il y a eu beaucoup de controverses, en ce qui concerne l'efficacité comparée de ces différents acides hyaluroniques notamment entre acides hyaluroniques de bas poids moléculaire et de haut poids moléculaire. Au vue de nombreuses études comparatives, il ne ressort pas de différence significative entre ces nombreux acides hyaluroniques et seraient tous théoriquement utilisables dans les différentes articulations, en adaptant la dose à la capacité articulaire. Un nombre plus ou moins important d'injections (1 à 5), réalisées à une semaine d'intervalle, est recommandé dans la gonarthrose selon les dérivés d'AH, que l'on peut diviser en trois catégories :

- hyaluronates de sodium. Les plus nombreux, de bas PM (0,5 à 2,7 mD) : 3 à 5 injections (Adant[®], Arthrum[®], Go-On[®], Hyalgan[®], Orthovisc[®], Ostenil[®], Sinovial[®], Structovial[®], Suplasyn[®], Synocrom[®]) ;
- hylane GF-20. Produit réticulé de haut PM (6 mD) : 3 injections (Synvisc[®]) ;
- NASHA. Gel de PM déclaré très élevé (90 mD) : 1 injection unique (Durolane[®]).

Hors genou, le nombre et la fréquence des injections varient non seulement selon la catégorie d'AH, mais aussi selon l'articulation concernée (d'accès plus ou moins aisé, avec nécessité de radioguidage pour la hanche, par exemple) et selon les équipes réalisant les essais, ce qui complique la proposition de schéma consensuel adapté à chaque articulation. Après analyse de la littérature, il a été proposé pour chaque articulation un schéma d'utilisation (3).

Quelle efficacité en dehors du genou ?

➤ Hanche :

La hanche étant une articulation profonde, peu accessible aux injections, et la prothèse de hanche ayant d'excellents résultats, le développement des injections d'AH dans la coxarthrose a été tardif. Pour l'instant, la viscosupplémentation figure au titre d'AASAL (avec toutefois un niveau de preuve modéré) dans les recommandations européennes officielles du traitement de la coxarthrose. Les études prospectives ouvertes ont été encourageantes (4,5). En revanche, les essais contrôlés moins probants. Les schémas étaient très variés selon le produit injecté et le pays concerné. À la lumière de ces essais, il semble logique de réserver les injections d'AH dans la coxarthrose avec interligne conservé, sans épanchement articulaire important (visible en échographie ou en IRM), résistant au traitement médical, et en l'absence d'indication prothétique.

➤ Cheville :

Rare, l'arthrose de la cheville débute souvent à un âge assez jeune, à la suite de traumatismes de type entorse ou fracture de la cheville en règle générale. Le traitement médical est limité, la chirurgie est indiquée dans les stades arthrosiques évolués mais n'est pas satisfaisante chez des patients jeunes. L'alternative intéressante représentée par la viscosupplémentation commence à être bien documentée et semble tout à fait prometteuse dans l'arthrose talo-crurale à la revue de la littérature malgré les petits effectifs des essais (6,7). L'efficacité est de l'ordre de 55 %. Elle semble meilleure dans les formes radiologiquement modérées. La tolérance est globalement bonne.

➤ Epaule douloureuse :

Depuis plus d'une dizaine d'années, quelques études disparates concernant des pathologies variées de l'épaule ont testé les injections d'AH avec des résultats mitigés. Ils sont négatifs pour la capsulite et la rupture de coiffe isolée, positifs mais difficilement interprétables pour les épaules douloureuses tout venant. Les études montrent donc l'intérêt des injections d'AH dans l'omarthrose avec ou sans rupture de coiffe (8,9). Il semblerait que le radioguidage soit nécessaire pour cette articulation d'accès aléatoire. Les injections d'AH ont en outre été testées dans l'arthrose acromio-claviculaire avec des résultats encourageants.

➤ Rhizarthrose :

La viscosupplémentation fait l'objet d'essais de plus en plus nombreux dans la rhizarthrose, site le plus fréquent des arthroses du membre supérieur (10,11). Les recommandations de l'EULAR 2006 pour le traitement de l'arthrose digitale prennent en compte les injections d'AH dans le cadre des AASAL. Celles-ci pourraient avoir un intérêt au vu des résultats positifs de la littérature, en cas d'échec du traitement médical (AASAL, orthèses, infiltration cortisonique, topiques, etc.).

➤ Hallux Rigidus ("the golfer's toe") :

L'arthrose de la MTP du gros orteil est également accessible aux injections d'AH en cas d'échec du traitement médical (orthèses, infiltration cortisonique, topiques, orthoplastie) (12).

Quels effets indésirables en dehors du genou ?

La tolérance est habituellement bonne. Cependant, dans les articulations autres que le genou, il semble y avoir une fréquence de réactions locales dépassant 10 % des cas (versus 2 à 6 % pour le genou) selon le produit injecté et la localisation. Certaines articulations semblent plus sujettes aux réactions locales, telles que la hanche et la cheville. Certaines localisations comme la hanche ont un risque septique particulier, lié à leur difficulté d'accès.

Conclusion :

Le champ d'application des injections articulaires d'AH hors genou ne cesse de s'étendre en pratique courante après le succès obtenu dans la gonarthrose et devant l'innocuité du produit. Des études de plus en plus nombreuses tentent de valider la viscosupplémentation dans ces diverses articulations, avec des résultats disparates, souvent encourageants, mais globalement moins bons que pour la gonarthrose : efficacité dans 0 à 50 % des cas (contre 60 à 70 % dans la gonarthrose). La tolérance est également moins bonne avec certains dérivés pour des articulations telles que la hanche ou la cheville. Un guidage radiologique ou échographique est recommandé dans certaines articulations comme l'épaule, le poignet, voire obligatoire à la hanche. Les schémas thérapeutiques (posologie, type d'AH) utilisés dans la littérature sont extrêmement variables, rendant difficile la proposition de recommandations propres à chaque articulation. Beaucoup de questions restent en suspens : combien d'injections faut-il réaliser ? À quelle dose ? À quel intervalle ? Quand faut-il réinjecter ? Quel est le profil de répondeurs ? Quelle technique d'injection utiliser (essor de l'échographie) ? D'autres études contrôlées avec des schémas homogènes seront nécessaires pour justifier et optimiser la viscosupplémentation dans les articulations autres que le genou.

Bibliographie :

1. Zhang W, Doherty M, Arden N et al. EULAR evidence based recommendations for the management of hip osteoarthritis: report of a task force of the EULAR standing committee for international clinical studies including therapeutics (ESCISIT). *Ann Rheum Dis* 2003;62:1145-55.
2. Zhang W, Doherty M, Leeb BF et al. EULAR evidence based recommendations for the management of hand osteoarthritis: report of a Task Force of the EULAR Standing Committee for International Clinical Studies Including Therapeutics (ESCISIT). *Ann Rheum Dis* 2007;66:377-88.
3. Reichenbach S, Blank S, Rutjes AW et al. Hylan versus hyaluronic acid: a systematic review and metaanalysis. *Arthritis Rheum* 2007;57:1410-8.
4. Chevalier X, Conrozier T, Bertin P et al. Treatment of patients with symptomatic hip osteoarthritis: a pilot study with intra-articular hylan GF-20 (Synvisc®). *Arthritis Rheum* 2000;43(Suppl.9):S384.
5. Conrozier T. Acide hyaluronique dans la coxarthrose. In: Chevalier X, eds. *Injection d'acide hyaluronique et arthrose. Du concept à l'application clinique*. Paris : Masson, 2005:81-90.
6. Witteveen AG, Giannini S, Guido G et al. A prospective multi-centre, open study of the safety and efficacy of hylan GF-20 (Synvisc®) in patients with symptomatic ankle (talo-crural) osteoarthritis. *J Foot Ankle Surg* 2008; 14(3):142-2.
7. Cohen MM, Altman RD, Hollstrom R et al. Safety and efficacy of intraarticular sodium hyaluronate (Hyalgan®) in a randomized, double-blinded study for osteoarthritis of the ankle. *Foot Ankle Int* 2008;29:657-63.
8. Bard H. Acide hyaluronique dans l'omarthrose. In: Chevalier X, eds. *Injection d'acide hyaluronique et arthrose. Du concept à l'application clinique*. Paris : Masson, 2005:95-8.
9. Noël E, Hardy P, Laprelle E et al. Étude prospective de la tolérance et de l'efficacité d'hylane GF-20 dans l'omarthrose symptomatique sans rupture de coiffe. *Rev Rhum* 2006;73:1166(abstract Ma 61).
10. Roux C, Fontas E, Breuil V et al. Injection of intra-articular sodium hyaluronidate into the carpometacarpal joint of the thumb (CMC1) in osteoarthritis. A prospective evaluation of efficacy. *Joint Bone Spine* 2007;74:660-5.
11. Fuchs S, Monikes R, Wohlmeiner A, Heyse T. Intra-articular hyaluronic acid compared with corticoid injections for the treatment of rhizarthrosis. *Osteoarthritis Cartilage* 2006;14:82-8.
12. Petrella RJ, Di Silvestro MD. Intraarticular hyaluronic acid (Suplasyn®) injections for small joints: "the golfer's toe". *Ann Rheum Dis* 2003;62(Suppl.1):293.

CA 2

PRISE EN CHARGE DE LA DOULEUR : LE POINT DE VUE DU RHUMATOLOGUE**Dr Haifa HACHFI, Pr Mohamed YOUNES***Service de Rhumatologie, EPS Mahdia*

La douleur se définit selon l'IASP (International Association for Study of Pain) comme une expérience sensorielle et émotionnelle désagréable associée à une lésion tissulaire réelle ou potentielle.

Ces derniers temps, la prise en charge de la douleur des pathologies ostéo-articulaires est devenue une priorité pour les rhumatologues, du fait que celle-ci représente le motif principal de consultation en rhumatologie et un facteur important de handicap fonctionnel et de détérioration de la qualité de vie des patients.

Il y a plusieurs types de douleurs : douleur par excès de nociception, douleur neuropathique et psychogène. La plus commune est la douleur nociceptive. La prévalence est très importante. En France, elle toucherait près de 8,6 millions de personnes adultes [1]. La prévalence de la douleur neuropathique se situerait entre 6,9 et 10 % [2].

Une bonne anamnèse, un examen clinique et une évaluation de la douleur sont la démarche indispensable et préalable à toute prescription d'antalgique. Au stade de la douleur chronique, l'évaluation de l'anxiété et de la dépression est primordiale car elle peut déboucher sur des attitudes spécifiques.

La douleur nociceptive répond habituellement bien aux antalgiques en respectant les paliers de l'OMS. Le premier correspond à des douleurs d'intensité faible (entre 0 et 40 sur une EVA) et comprend des médicaments non morphiniques, à savoir le paracétamol. Le deuxième palier correspond à des douleurs d'intensité modérée (entre 40-60 sur une EVA) comprenant des morphiniques faibles : codéine ou tramadol administrés seuls ou en association avec les médicaments du palier 1. Le 3ème palier correspond à des douleurs d'intensité forte (EVA entre 60 et 100) et comprend les morphiniques majeurs. En rhumatologie, la morphine est utilisée dans les douleurs aiguës type LS ou NCB hyperalgique. Les AINS sont largement utilisés en particulier dans les pathologies inflammatoires. Les myorelaxants, globalement bien tolérés, ont pour but de lutter contre la contracture musculaire réflexe. La corticothérapie locale et générale n'a pas d'activité antalgique intrinsèque mais elle soulage les douleurs d'origine inflammatoire. Pour la pratique quotidienne, les données actuelles suggèrent l'intérêt des BP dans diverses situations douloureuses réfractaires, qui ne sont pas uniquement d'origine osseuse. L'avenir est encore prometteur pour cette classe thérapeutique. La radiothérapie externe ou métabolique est un autre traitement antalgique des métastases douloureuses multiples.

Le Cebranopadol est un agoniste des récepteurs NOP. Chez le rat, il a montré un potentiel d'efficacité très élevé sur la douleur inflammatoire, osseuse (cancer) et la douleur neuropathique chronique mono et polyneuronal. En attente de résultats en clinique humaine, ça pourrait être une molécule prometteuse avec une probable grande révolution dans la prise en charge de la douleur [3].

Plusieurs études récentes ont confirmé l'action antalgique majeure des anti-NGF (Nerve Growth Factor) dans des pathologies telles que l'arthrose du genou, de la hanche et dans la lombalgie. Trois principales molécules sont actuellement en développement : le tanézumab, le fulranumab et le REGN-475 [4]. Ces anticorps ont montré leur efficacité sur des modèles animaux de douleur et sont actuellement en développement dans des modèles cliniques.

En plus du traitement médicamenteux, le traitement non médicamenteux constitue le deuxième volet de la PEC de la douleur en rhumatologie. Certaines approches, comme la relaxation par la kinésithérapie, l'ergothérapie, la balnéothérapie, peuvent constituer un adjuvant utile dans quelques situations.

Les douleurs chroniques rhumatologiques peuvent comporter aussi une composante neuropathique objectivée par l'interrogatoire, l'examen clinique et le questionnaire DN4. La douleur neuropathique est fréquente et d'étiologie variée. Dans les LS et NCB, la douleur radiculaire est souvent mixte nociceptive et neuropathique. Il ne semble pas légitime de maintenir le concept de «douleur mixte», qui peut prêter à confusion. Il est préférable de parler de douleurs neuropathiques, qu'elles soient «pures», associées à d'autres types de douleurs ou qu'elles relèvent véritablement de mécanismes mixtes.

Le traitement de la douleur neuropathique est étiologique, chaque fois que possible. Les antalgiques et les AINS sont peu efficaces. Le mécanisme d'action particulier du tramadol pourrait justifier son utilisation dans ce type de douleur. Il y a aussi les traitements loco-régionaux tels que les blocs anesthésiques périphériques ou sympathiques, les infiltrations de corticoïdes et/ ou d'anesthésiques notamment dans les syndromes canaux. Les traitements de première intention sont d'action centrale tels que les anti-dépresseurs tricycliques qui agissent sur les douleurs permanentes de type brûlure et les anti-épileptiques qui agissent sur la composante « décharge électrique». Trois parmi ces anti-épileptiques ont l'AMM: la carbamazépine, la gabapentine et la prégabaline.

Par ailleurs ces dernières années, certains articles ont montré que beaucoup de patients lombalgiques (avec ou sans radiculalgie) recevant de la prégabaline ou de la gabapentine ont des effets indésirables sans obtenir de franche efficacité [5]. Ces résultats sont confortés par la méta-analyse publiée récemment par Dosenovic [6]. On se rend compte que même si les douleurs neuropathiques se ressemblent, l'efficacité des traitements n'est pas toujours comparable selon le mécanisme douloureux à l'intérieur de cette même entité clinique.

En deuxième intention, nous pouvons recourir pour soulager la douleur neuropathique aux techniques de neurostimulation et dans certains cas rebelles à la chirurgie.

La douleur psychogène est difficile d'évaluation. Elle fait entrer plusieurs composantes psychoaffectives. La douleur est réelle et obsédante pour le patient. On ne retrouve pas de lésions apparentes malgré le bilan médical approfondi. Il faut toujours penser à traiter une anxiété ou un syndrome dépressif associé, à l'adaptation de l'environnement et à prendre en considération le retentissement familial et social.

La PEC de la douleur devrait ainsi faire intervenir une équipe pluridisciplinaire coordonnée autour du malade.

REFERENCES

- [1] Eschalié A. Prévalence et caractéristiques de la douleur et des patients douloureux en France: résultats de l'étude épidémiologique National Health and Wellness Survey réalisée auprès de 15000 personnes adultes. *Douleurs* 2013;14:4-15.
- [2] Van Hecke O. Neuropathic pain in the general population: A systematic review of epidemiological studies. *Pain* 2014;155:654-662.
- [3] Christoph A. Cebranopadol, a novel first-in-class analgesic drug candidate: first experience in patients with chronic low back pain in a randomized clinical trial. *Pain* 2017;158(9):1813-1824.
- [4] Karen M. Treatment of Osteoarthritis: 2 Randomized Controlled Trials versus Naproxen Efficacy and Safety of Intravenous Tanezumab for the Symptomatic. *J Rheumatol* 2014;41:2249-2259
- [5] Mathieson S. Trial of Pregabalin for Acute and Chronic Sciatica. *N Engl J Med* 2017
- [6] Dosenovic S. Interventions for Neuropathic Pain: An Overview of Systematic Reviews. *Anesth Analg.* 2017;125(2):643-652.

CA 3

LES MOYENS NON MEDICAMENTEUX DE PRISE EN CHARGE DE LA DOULEUR CHRONIQUE

Maaoui R, Ksibi I, Rahali H

Service de Médecine Physique et Réadaptation Fonctionnelle de l'Hôpital Militaire de Tunis

La douleur est le motif majeur de consultation en rhumatologie et plus de la moitié des douleurs chroniques concernent l'appareil musculosquelettique. On distingue classiquement deux mécanismes physiopathologiques : la douleur par excès de nociception (stimulation anormale des nocicepteurs périphériques dans un système nerveux normal) et la douleur neuropathique (lésion du système nerveux à l'origine des phénomènes douloureux).

La douleur chronique peut avoir un retentissement fonctionnel mais aussi un retentissement psychologique important. Elle est responsable d'un coût de santé important : direct à travers les dépenses de soins mais aussi indirect à travers l'absentéisme et l'arrêt de travail.

La prise en charge de la douleur chronique a connu des avancées thérapeutiques au cours de ces dernières années. Cette prise en charge est pharmacologique et non pharmacologique. Les moyens non médicamenteux prennent de plus en plus de place dans cette prise en charge. Il s'agit de moyens physiques comme l'électrothérapie antalgique, les ultrasons et les infrarouges mais aussi des techniques psycho comportementales, plus récemment l'éducation thérapeutique.

Nous nous proposons dans ce travail de revoir, à travers une revue de la littérature, les différents moyens de prise en charge de la douleur chronique en rhumatologie.

CA 4

L'INDICE DE MASSE CORPORELLE INFLUENCE-T-IL LA VALEUR SEUIL DE LA PROTEINE C REACTIVE ?**Drs : Mohamed Anis SOUISSI, Wafa HAMDY**

Service de Rhumatologie, Institut KASSAB Ksar Said

Introduction :

Dans le cadre de la rubrique « Actualités SFR 2017 », nous faisons part cette étude présentée par Pr Béatrice Bouvard, menée par les services de Rhumatologie et d'Endocrinologie-Nutrition du CHU d'Angers et intitulée « La concentration sérique de la Protéine C Réactive (CRP) est élevée chez la majorité des patientes obèses et doit être interprétée en fonction de l'Indice de Masse Corporelle (IMC) ». Ce travail avait pour objectif de décrire les valeurs de la CRP dans une population exclusivement féminine en fonction de l'IMC et, pour les patientes obèses, l'évolution de la CRP avant et après chirurgie bariatrique.

Patients et Méthodes :

Il s'agit d'une étude descriptive, prospective, non-interventionnelle et monocentrique. Ont été analysés les valeurs de la CRP et des paramètres de composition corporelle chez 1199 femmes suivies pour une obésité modérée (IMC en Kg/m² à [30-35[), sévère (IMC en Kg/m² à [35-40[), morbide (IMC en Kg/m² à [40-45[) et au-delà (IMC à [45-65[) dans le service d'endocrinologie-nutrition et 189 femmes non obèses consultant dans le service de rhumatologie pour une pathologie mécanique (lombalgie commune). L'évolution de la CRP et des paramètres de composition corporelle 6 mois après une chirurgie bariatrique a été ensuite évaluée. Deux seuils de CRP plasmatique ont été testés : 3 mg/L (seuil de détection de notre laboratoire) et 10 mg/L, valeur souvent considérée comme pathologique dans la littérature.

Résultats :

Il a été observé chez 1388 femmes (âge moyen 43,8 ± 13,6 ans, IMC moyen 42 Kg/m² ± 9,1) que 77,7% des femmes avaient une CRP ≥ 3 mg/L et 32,8% une CRP ≥ 10 mg/L. Respectivement, 16,9% des femmes avec un poids normal, 37,7% des femmes en surpoids, 46,3% des femmes avec une obésité modérée, 75,7% des femmes avec une obésité sévère et 84,5% des femmes avec obésité morbide avaient une CRP ≥ 3 mg/L. Respectivement, 4,5% des femmes avec un poids normal, 10,1% des femmes en surpoids, 8,3% des femmes avec une obésité modérée, 26,1% des femmes avec une obésité sévère et 34,1% des femmes avec une obésité morbide avaient une CRP ≥ 10 mg/L. Pour chaque augmentation de l'IMC de 5 Kg/m², le risque d'avoir une CRP ≥ 3 mg/L était multiplié par 2,06 et celui d'avoir une CRP ≥ 10 mg/L par 1,52. Après ajustement sur l'IMC, le risque d'avoir une CRP élevée était significativement associé à l'adiposité et inversement associé à la masse maigre et à la masse musculaire. Chez les 1054 femmes qui ont eu une chirurgie bariatrique, il a été observé, 6 mois après chirurgie, une diminution significative de la CRP, restant corrélée au poids obtenu et aux paramètres de composition corporelle. Finalement, la valeur de CRP en-dessous de laquelle nous classions 95% des patientes était respectivement de 10 mg/L chez les femmes avec un poids normal, 15 mg/L chez les femmes en surpoids, 17 mg/L chez les femmes avec une obésité modérée, 22 mg/L chez les femmes avec une obésité sévère et 25 mg/L chez les femmes avec une obésité morbide. **Conclusion des auteurs :** Dans la population générale, la concentration sérique de la CRP est hautement dépendante de l'IMC et s'élève de façon importante avec l'adiposité. Afin de ne pas conduire à des erreurs diagnostiques chez des patients douloureux, il est suggéré d'analyser les valeurs de CRP en fonction de l'IMC.

Discussion et revue de la littérature :

L'intérêt pratique en rhumatologie de l'interprétation de la valeur seuil de la CRP en fonction de l'IMC réside dans le suivi des patients traités pour un rhumatisme inflammatoire chronique (RIC). L'étude menée sur la cohorte ESCAPE RA a montré une corrélation positive significative entre la valeur de la CRP et celle de l'IMC dans la population féminine, et au contraire une corrélation significative négative entre ces deux paramètres chez les patients de sexe masculin [1]. Ainsi, des études comparatives entre les populations féminine et masculine sont nécessaires, de même qu'un suivi longitudinal des patients atteints de RIC permettra d'étudier la cinétique de la CRP en fonction de l'activité de la maladie dans les différentes catégories d'IMC.

Références :

1-Giles JT, Bartlett SJ, Andersen R, Thompson R, Fontaine KR, Bathon JM. Association of body fat with C-reactive protein in rheumatoid arthritis. *Arthritis Rheum* 2008;58:2632–41.

CA 5

ADHESION THERAPEUTIQUE DANS LES RHUMATISMES INFLAMMATOIRES CHRONIQUES

Drs : Raja ALAYA, Wafa HAMDJ

*Service de Rhumatologie, Institut KASSAB Ksar Said***Introduction :**

La non adhésion médicamenteuse est une situation fréquente dans les rhumatismes inflammatoires chroniques (RIC) et pose particulièrement des problèmes pour les traitements utilisés au long cours. L'adhésion thérapeutique a fait l'objet de deux études observationnelles et d'une revue systématique de la littérature présentée lors du congrès de la société française de rhumatologie de 2017. Nous faisons part de leurs conclusions.

Résultat :

La première étude [1] a été menée au CHU Hôpital Gabriel Montpied, Clermont-Ferrand. 193 patients suivis pour un RIC ont été inclus. Le questionnaire MMAS-4 a été utilisé pour mesurer l'adhérence aux biologiques administrés par voie sous cutanée. L'adhésion thérapeutique était jugée bonne (79%). Il n'y avait pas d'association entre l'adhésion et le niveau de connaissances et compétences.

La deuxième étude [2] observationnelle a été réalisée au centre hospitalier sud francilien à Corbeil-Essonnes. 173 patients ont rempli un questionnaire d'adhésion aux traitements le Morisky-Green (MMAS-4) et le ratio médication possession (MPR) sous forme d'une échelle visuelle analogique, ceci pour chaque traitement immunosuppresseur en cours. Les facteurs socioprofessionnels et démographiques qui pouvaient influencer la non adhésion aux biologiques d'une part et la non adhésion globale (corticoïdes + DMARDS + biologiques) d'autre part, ont été analysés en uni et multivariée. L'adhésion aux DMARDS et aux corticoïdes était pareil soit 70.9%. La non adhésion à la biothérapie était de 16.2%. En analyse uni et multivariée le sexe masculin et la voie d'administration sous cutanée étaient liés à une non adhésion aux biologiques.

Enfin la revue systématique de la littérature [3] a permis d'étudier 1325 titres et résumés rapportant une mesure de l'adhésion aux traitements de fond dans les RIC et d'inclure 221 études. Les principales conclusions des auteurs ont confirmé que le Compliance Questionnaire on Rheumatology (CQR) et le Medication Adherence Self-report Inventory (MASRI) étaient les outils les plus largement validés en rhumatologie pour évaluer l'adhésion thérapeutique et que l'éducation thérapeutique était la modalité qui avait le plus haut niveau de preuve pour améliorer l'adhésion thérapeutique.

Conclusion : L'adhérence thérapeutique est un processus complexe, déterminé par l'interaction de nombreux facteurs. Les stratégies d'amélioration de l'adhérence thérapeutique sont à affiner selon les motifs de non adhérence propre à chaque population et à chaque patient. Ceci souligne l'intérêt d'un diagnostic éducatif permettant d'adresser des messages ciblés répondants aux difficultés des patients.

Références :

1. Fayet F, Rodere M, Savel C, Pereira B, Soubrier M, Couderc M. Observance des biothérapies dans les rhumatismes inflammatoires chroniques : résultats d'une étude rétrospective auvergnate. Rev rhum 84S (2017) A51
2. Alaya R, Diarra M, Laborne FX, Delpech C, Nang M, Hilliquin P. Adhésion aux traitements (corticoïdes, DMARDS et biothérapie) chez les patients atteints de rhumatisme inflammatoire chronique. Rev rhum 84S (2017) A59
3. Romand W, Lavielle M, Puyraimond-Zemmour D, Molto À, Gaudin P, Soubrier M et al. Facteurs associés à l'adhésion dans les rhumatismes inflammatoires chroniques : une revue systématique de la littérature. Rev rhum 84S (2017) A85.

CA 5

L'ECHOGRAPHIE DE L'EPAULE

Pr Rachid BAHIRI

L'échographie est devenue en pratique l'examen d'imagerie de référence dans la prise en charge de la majorité des affections de l'épaule. Ceci est en grande partie dû au fait que la pathologie de l'épaule reste très largement dominée par les atteintes tendino-bursales de la coiffe des rotateurs, et donc des pathologies de structures très superficielles se prêtant bien à l'évaluation par la sonde d'échographie. A côté, l'échographie permet aussi de diagnostiquer et de suivre les véritables bursopathies et arthropathies mécaniques et/ou inflammatoires de l'épaule dans le cadre de pathologies rhumatismales diverses.

Couplée à l'examen clinique et à la radiologie standard, elle permet de prendre en charge un très large panel de situations cliniques et de dispenser de l'IRM.

Il est donc devenu indispensable pour tout praticien (spécialiste de l'appareil locomoteur) désireux de prendre en charge des patients souffrant de problèmes scapulaires de savoir manier la sonde d'échographie. Les rhumatologues doivent donc absolument maîtriser cet outil et en particulier dans cette localisation.

L'examen de l'épaule peut être réalisé par des machines de moyenne gamme disposant d'une sonde linéaire de plus de 10 mHZ de fréquence. Les coupes de cette région sont absolument standardisées et la courbe d'apprentissage varie entre 1 et 2 ans pour acquérir un niveau technique respectable.

Le but de cet atelier (niveaux basique et intermédiaire) est de l'initiation aux principales coupes échographiques de l'épaule et une revue des principales indications de cette technique.