

# CRAJ SCR

Le Journal de la Société canadienne de rhumatologie



## *Le point sur*

## La SCR et les rapports des comités régionaux

### *Éditorial*

- Personne ne peut épeler *R-H-E-U-M-A-T-O-L-O-G-Y?*

### *Prix, nominations et accolades*

- Des honneurs pour Dr Carter Thorne, Dr Gordon Whitehead, Dre Diane Thériault et Dr John Esdaile

### *Arthroscopie*

- Comité des associations provinciales
- Comité de l'ICORA
- Comité de l'éducation de la SCR
- Comité des thérapeutiques
- Comité des nominations
- Comité scientifique
- Comité des ressources humaines
- Comité de pédiatrie
- Comité d'accès aux soins
- Rapport de l'assemblée annuelle 2013 de l'Association ontarienne de rhumatologie (ORA)
- Des nouvelles de l'Association des médecins rhumatologues du Québec
- Nouvelles de l'Association des rhumatologues de l'Atlantique (SOAR) : l'année 2013 en Atlantique
- Rapport de la réunion annuelle 2013 de la Western Alliance for Rheumatology (WAR)
- Des nouvelles de l'Association des rhumatologues de la Colombie-Britannique (BCSR)
- Réunion annuelle de la British Society for Rheumatology

### *Hommage boréal*

- L'éthique en rhumatologie

### *Que fait la SCR pour vous?*

- Lignes directrices pour la PR : Pratiques des rhumatologues du Canada par rapport aux recommandations de la SCR pour le traitement de la PR (3<sup>e</sup> partie)

### *À la mémoire de...*

- Dre Janet Markland

### *Nouvelles régionales*

- Bonnes nouvelles de Halifax

### *Consultation de couloir*

- La capillaroscopie en rhumatologie

### *Dix points essentiels que les rhumatologues devraient connaître (mais ne connaissent peut-être pas) à propos...*

- Des troubles dermatologiques

ORENCIA est disponible à la fois sous la forme d'une formulation SC et IV!



# EFFICACITÉ, ÉPROUVÉE PROFIL D'INNOCUITÉ ÉPROUVÉ

ORENCIA est indiqué pour le traitement de la polyarthrite rhumatoïde (PAR) afin d'atténuer les signes et les symptômes et de déclencher des réponses cliniques. ORENCIA peut aussi être utilisé sur le long terme pour inhiber l'évolution des lésions structurales et pour améliorer le fonctionnement physique chez des patients adultes souffrant de PAR évolutive, de modérée à grave, qui n'ont pas répondu adéquatement à un ou à plusieurs antirhumatismes à action lente (ARAL) ou anti-TNF ou aux deux. ORENCIA peut être administré par perfusion intraveineuse ou par voie sous-cutanée. ORENCIA peut être administré en monothérapie ou en association avec un ARAL. Il faut administrer ORENCIA avec du méthotrexate (MTX) lorsqu'on l'utilise comme traitement de première intention chez les patients dont la maladie a été diagnostiquée récemment et qui n'ont jamais reçu de MTX.



Aller à la page 34 pour l'information complète.

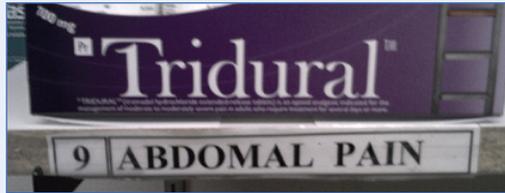
# Bourdes orthographiques

par Philip A. Baer, M.D., C.M., FRCPC, FACR

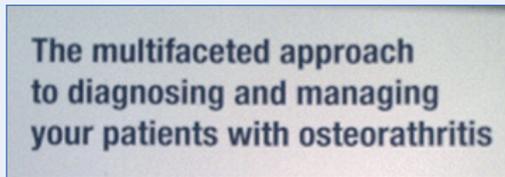
Observations sur le terrain.

- MENTAL ILLNESS
- OCD
- PHYSICAL DISABILITIES
- PTS DISORDER
- SCHIZOPHRENIA
- HEARTING SPEECH
- ARTHRITIS
- KIDNEY DIALYSIS
- PARKINSONS

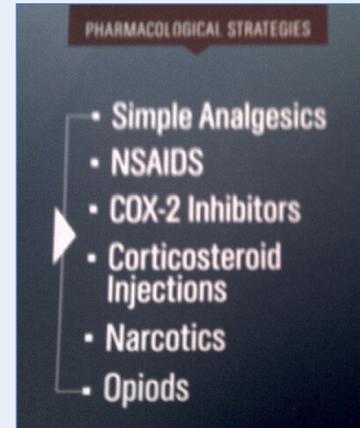
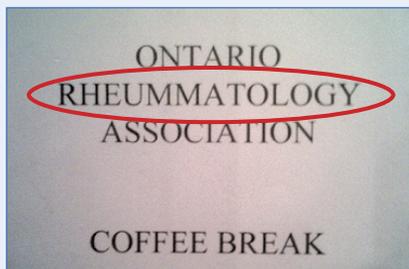
Nouvelle encourageante : *ARTHRITIS* n'est pas le seul mot qu'ils ne peuvent écrire correctement.



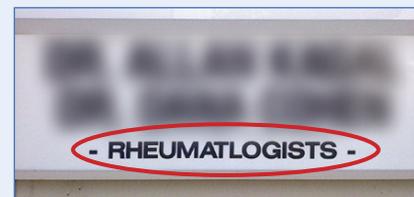
La douleur *ABDOMINAL* est si abominable.



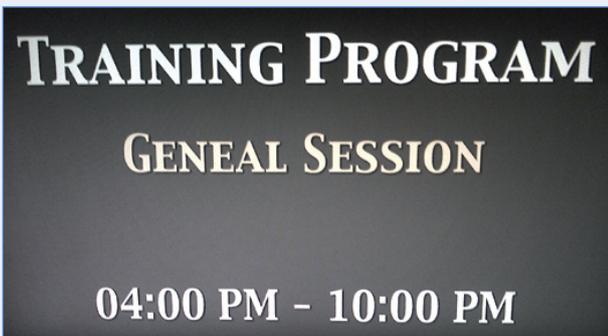
Mon prochain choix de carrière : correcteur pour l'industrie pharmaceutique et l'industrie publicitaire.



*OPIOIDS* : À ne pas prendre avant la composition d'un texte publicitaire!



Personne ne peut épeler *R-H-E-U-M-A-T-O-L-O-G-Y?*



Lors de ces réunions, je suis généralement *GENIAL*.

Dr. S. Batarseh	Gynaecology
Dr. Y. Brill	Gynaecology
Dr. M. Chang	E.N.T.
Dr. J. Donsky	Allergist
	<b>Rheumatology</b>
Ms. G. Lee-Dube	Dietician
Dr. M. Dutil	Dermatology

## COMITÉ DE RÉDACTION DU JSCR

**Mission.** La mission du *Journal de la SCR* est de promouvoir l'échange d'information et d'opinions au sein de la collectivité des rhumatologues du Canada.

### RÉDACTEUR EN CHEF

**Philip A. Baer, M.D., C.M., FRCPC, FACP**  
Président,  
Section de rhumatologie de  
l'Association médicale  
de l'Ontario (AMO)  
Scarborough, Ontario

**Derek Haaland, M.D., M. Sc., FRCPC**  
Professeur adjoint d'enseignement  
clinique,  
Université McMaster  
Divisions de l'immunologie  
clinique, allergie et  
rhumatologie  
Shanty Bay, Ontario

**Sylvie Ouellette, M.D., FRCPC**  
Professeure adjointe,  
Université Dalhousie  
Professeure adjointe  
d'enseignement clinique,  
Université Memorial  
Présidente sortante,  
Association des rhumatologues de  
l'Atlantique  
Rhumatologue,  
L'Hôpital de Moncton  
Moncton, Nouveau-Brunswick

**John Thomson, M.D., FRCPC**  
Professeur adjoint,  
Département de médecine,  
Division de rhumatologie,  
Université d'Ottawa  
Médecin, L'Hôpital d'Ottawa  
Ottawa, Ontario

### MEMBRES :

**Cory Baillie, M.D., FRCPC**  
Vice-président,  
Association canadienne de  
rhumatologie  
Professeur adjoint,  
Université du Manitoba  
Rhumatologue,  
Manitoba Clinic  
Winnipeg, Manitoba

**James Henderson, M.D., FRCPC**  
Président sortant,  
Société canadienne de  
rhumatologie  
Chef, médecine interne,  
Hôpital Dr. Everett Chalmers  
Professeur,  
Université Dalhousie  
Fredericton, Nouveau-Brunswick

**Bindu Nair, M.D., FRCPC**  
Professeure agrégée,  
Université de la Saskatchewan  
Chef de la Division de  
rhumatologie,  
Département de médecine  
Royal University Hospital  
Saskatoon, Saskatchewan

**Carter Thorne, M.D., FRCPC, FACP**  
Président,  
Société canadienne de  
rhumatologie  
Président sortant,  
Association ontarienne de  
rhumatologie  
Directeur médical,  
The Arthritis Program  
Chef du service de rhumatologie,  
Centre régional de santé Southlake  
Newmarket, Ontario

**Cheryl Barnabe, M.D., FRCPC, M. Sc.**  
Professeure adjointe,  
Division de rhumatologie,  
Département de médecine,  
Université de Calgary  
Calgary, Alberta

**Diane Lacaille, M.D., M. H. Sc., FRCPC**  
Scientifique senior,  
Centre de recherche de l'arthrite  
du Canada  
Titulaire de la Chaire de  
rhumatologie Mary Pack – Société  
de l'arthrite  
Professeure agrégée de  
rhumatologie,  
Département de rhumatologie,  
Université de la Colombie-  
Britannique  
Vancouver, Colombie-Britannique

**Rosie Scuccimarri, M.D., FRCPC**  
Rhumatologue pédiatrique,  
Département de pédiatrie  
Professeure adjointe,  
Université McGill  
Directrice de programme,  
Division de rhumatologie  
pédiatrique  
Montréal, Québec

**Michel Zummer, M.D., FRCPC**  
Professeur agrégé,  
Université de Montréal  
Chef, Département de  
rhumatologie,  
Hôpital Maisonneuve-Rosemont  
Montréal, Québec

**Michel Gagné, M.D., FRCPC**  
Polyclinique St-Eustache  
St-Eustache, Québec

**Jacqueline C. Stewart, B. Sc. (Hons), B. Éd., M.D., FRCPC**  
Rhumatologue,  
Hôpital régional de Penticton  
Penticton, Colombie-Britannique

Le comité de rédaction jouit d'une complète indépendance concernant l'examen des articles figurant dans cette publication et il est responsable de leur exactitude. Les annonceurs n'ont aucune influence sur la sélection ou le contenu du matériel publié.

### ÉQUIPE DE RÉDACTION

**Paul F. Brand**  
Directeur de la publication  
**Russell Krackovitch**  
Directeur de la rédaction  
Division des projets spéciaux

**Katia Ostrowski**  
Rédactrice  
**Catherine de Grandmont**  
Rédactrice-révisure (français)

**Donna Graham**  
Coordonnatrice de la production  
**Dan Oldfield**  
Directeur – Conception graphique

**Jennifer Brennan**  
Services administratifs  
**Robert E. Passaretti**  
Éditeur

Copyright© 2013 STA HealthCare Communications. Tous droits réservés. Le *JOURNAL DE LA SOCIÉTÉ CANADIENNE DE RHUMATOLOGIE* est publié par STA HealthCare Communications inc., Pointe-Claire (Québec). Le contenu de cette publication ne peut être reproduit, conservé dans un système informatique ou distribué de quelque façon que ce soit (électronique, mécanique, photocopiée, enregistrée ou autre) sans l'autorisation écrite de l'éditeur. Ce journal est publié tous les trois mois. Poste-publication. Enregistrement n° 40063348. Port payé à Saint-Laurent, Québec. Date de publication : décembre 2013. Les auteurs sont choisis selon l'étendue de leur expertise dans une spécialité donnée. Les articles du *JOURNAL DE LA SOCIÉTÉ CANADIENNE DE RHUMATOLOGIE* n'engagent que leurs auteurs et ne reflètent pas nécessairement les opinions de la Société canadienne de rhumatologie ou de STA HealthCare Communications inc. Il est recommandé que les médecins évaluent l'état de leurs patients avant de procéder à tout acte médical suggéré par les auteurs ou les membres du comité éditorial. De plus, les médecins devraient consulter les monographies de produit officiellement approuvées avant de prescrire tout médicament mentionné dans un article. Prière d'adresser toute correspondance au *JOURNAL DE LA SOCIÉTÉ CANADIENNE DE RHUMATOLOGIE*, 6500 Rte Trans-Canadienne, bureau 310, Pointe-Claire (Québec) H9R 0A5

## PRIX, NOMINATIONS ET ACCOLADES



Tous louangent l'apport exceptionnel du Dr Carter Thorne à la rhumatologie. Outre le respect que lui méritent ses propres activités professionnelles de rhumatologue et de chercheur, son travail au sein de la SCR lui a permis de promouvoir des normes élevées en matière de pratique clinique et de recherche, d'établir des liens et des partenariats dans le milieu de l'arthrite, de faire progresser la profession, de mieux faire connaître l'arthrite ainsi que le rôle spécialisé des rhumatologues dans le traitement.



La Dre Diane Thériault est connue de tous à Ostéoporose Canada comme la bénévole par excellence, dotée d'une énergie et d'un enthousiasme sans limites, habitée d'une passion altruiste et forte d'un engagement sans pareil envers OC. Elle est membre du Conseil consultatif scientifique depuis 2005 et coprésidente nationale du Comité de défense des droits. Elle a participé à l'élaboration et au lancement du Livre blanc intitulé « Vers un avenir sans fractures », un document clé dans la stratégie d'OC visant à concrétiser sa vision d'un Canada sans fractures ostéoporotiques.



Diplomate canadien à la retraite et un des plus ardents défenseurs des droits des personnes touchées par l'arthrite, monsieur Gordon Whitehead est un bénévole actif et un champion de la cause de l'arthrite. Il a collaboré au programme Patients-partenaires contre l'arthrite qui organisait des rencontres avec les médecins pour perfectionner leurs aptitudes à effectuer un examen musculo-squelettique. Il est aujourd'hui membre de l'Alliance canadienne des arthritiques (ACA), également membre du Conseil consultatif des consommateurs, et il a été coprésident de l'Alliance de l'arthrite du Canada (AAC). Il est intimement convaincu que nous, Canadiens, possédons la volonté collective et la capacité de faire de notre système de santé le meilleur et le plus efficace au monde pour répondre aux besoins des personnes atteintes d'arthrite et d'autres maladies chroniques.



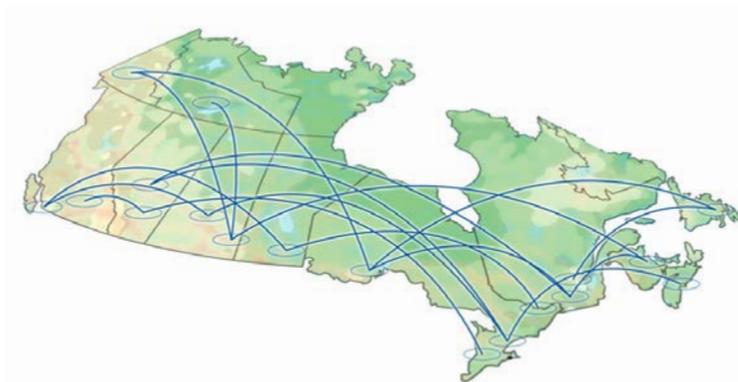
Le Prix Jonas Salk est remis chaque année à un scientifique ou à un médecin canadien qui a apporté une contribution nouvelle ou exceptionnelle dans le domaine des sciences ou de la médecine afin de prévenir, de soulager ou d'éliminer une invalidité physique. Ce prix qui récompense l'ensemble des réalisations du lauréat est présenté conjointement par Sanofi Pasteur et par l'organisme March of Dimes. En 2013, ce prix a été décerné au Dr John M. Esdaile, directeur scientifique d'Arthrite-recherche Canada (ARC) et professeur de médecine à l'Université de la Colombie-Britannique.

Depuis plus de 60 ans, l'organisme March of Dimes est un fer de lance du mouvement pour combattre l'invalidité et il lutte pour aider les Canadiens affligés d'une invalidité à mener une vie plus autonome et plus satisfaisante. Cet organisme vient en aide à plus de 50 000 enfants et adultes chaque année et il met tout en œuvre pour que notre société intègre et accepte les personnes aux prises avec une invalidité physique.

## PRIX, NOMINATIONS ET ACCOLADES

Le *JSCR* tient à souligner les contributions de ses lecteurs dans le domaine médical et dans leurs communautés locales.

Pour annoncer des récompenses, distinctions ou nominations dans un prochain numéro, envoyez-nous les noms des récipiendaires, des détails pertinents et un bref compte rendu des honneurs à [kati@sta.ca](mailto:kati@sta.ca). L'envoi de photos est fortement encouragé.



## D'UN OCÉAN À L'AUTRE :

### Rapports des associations de rhumatologie et comités de la SCR

## Comité des associations provinciales

par Jane Purvis, M.D., FRCPC, et Denis Choquette, M.D., FRCPC

**E**n février 2013, la Société canadienne de rhumatologie (SCR) a créé un nouveau comité lors de sa réunion à Ottawa en vue de réunir toutes les associations provinciales de rhumatologie, avec l'objectif principal de partager les meilleures pratiques et idées. Les Dres Shahnin Jamal et Vandana Ahluwalia ont lancé cette initiative après avoir constaté que les associations provinciales poursuivaient divers projets, souvent similaires, mais sans ne jamais avoir l'occasion de comparer leurs démarches. Des représentants des associations de la Colombie-Britannique, du Manitoba, de l'Ontario, du Québec et du Nouveau-Brunswick ont assisté à la réunion inaugurale de ce comité. Ils ont ainsi pu partager de l'information et des faits touchant divers sujets, par exemple l'accès aux médicaments et la rémunération des médecins.

Pour l'heure, un enjeu s'avère d'intérêt à l'échelle du pays, soit le remboursement des médicaments biologiques par les assureurs; les démarches effectuées par telle ou telle association provinciale seront ainsi connues de toutes les autres associations de rhumatologie au Canada.

Nous souhaitons maintenant accroître le nombre de représentants de chaque province au sein de ce comité; nous communiquerons par courriel chaque trimestre et nous tiendrons une réunion annuelle lors de l'assemblée de la SCR afin de poursuivre le dialogue sur les questions qui préoccupent les rhumatologues canadiens. Nous croyons particulièrement important d'examiner certains enjeux économiques dont s'inquiètent les rhumatologues, notamment le fait que le revenu brut des rhumatologues soit nettement inférieur au revenu moyen dans d'autres spécialités. De même, nous

souhaitons discuter de l'ajustement des honoraires des rhumatologues à travers le Canada.

Le comité veut utiliser les succès obtenus dans une région donnée pour faire progresser les mêmes dossiers ailleurs au Canada. Les membres du comité sont les suivants : Dr Jason Kur, Colombie-Britannique; Dr Kam Shojania, Colombie-Britannique; Dre Dianne Mosher, Alberta; Dre Joanne Homik, Alberta; Dre Sharon LeClerc, Alberta; Dr Wojceich P. Olszynski, Saskatchewan; Dr David Robinson, Manitoba; Dr Cory Baillie, Manitoba; Dre Vandana Ahluwalia, Ontario; Dre Jane Purvis, Ontario (coprésidente); Dr Denis Choquette, Québec (coprésident); Dr Peter Docherty, Nouveau-Brunswick.

Si vous souhaitez devenir membre de ce comité ou si vous constatez que votre province ne compte aucun représentant, veuillez communiquer avec la Dre Jane Purvis à [president@ontariorheum.ca](mailto:president@ontariorheum.ca) et nous serons heureux de vous inclure parmi nos membres. Toutes les connaissances et les compétences qui peuvent être partagées en vue d'améliorer l'exercice de la rhumatologie seront certainement utiles.

*Jane Purvis, M.D., FRCPC*

*Présidente, Association ontarienne de rhumatologie  
Rhumatologue, The Medical Centre, Peterborough, Ontario*

*Denis Choquette, M.D., FRCPC*

*Professeur de médecine, Division de rhumatologie,  
Université de Montréal*

*Président, Association des médecins rhumatologues du Québec  
Montréal, Québec*

## Comité de l'ICORA

par Boulos Haraoui, M.D., FRCPC

L'Initiative canadienne pour des résultats en soins rhumatologiques (ICORA) a atteint sa pleine maturité depuis sa création en 2006; cette année-là Abbott Canada (aujourd'hui AbbVie) s'était engagée à soutenir financièrement les membres de la SCR qui voulaient réaliser des projets de recherche pertinents du point de vue clinique, mais qui n'auraient pas reçu de fonds des principales agences de financement.

Après trois années durant lesquelles Abbott a soutenu à elle seule ces projets en leur octroyant plus d'un million de dollars, l'ICORA a décidé d'inviter toutes les grandes sociétés pharmaceutiques à participer à ce financement en vue d'accroître la portée de la recherche subventionnée. La plupart d'entre elles ont compris l'importance d'une telle initiative et elles se sont engagées à soutenir la croissance de l'ICORA. Notre groupe reçoit maintenant du financement des sociétés AbbVie, Amgen, Bristol-Myers Squibb, Janssen, Pfizer, Roche et UCB.

Un changement important est survenu il y deux ans, lorsque l'ICORA a cessé de fonctionner de manière autonome pour devenir une partie intégrante de la SCR à titre de comité chargé de faire progresser la recherche clinique en rhumatologie au Canada.

D'emblée, le processus d'examen des subventions a été dirigé par un panel d'examineurs indépendant présidé par le Dr John Esdaile. Ce comité a appliqué les critères les plus stricts; je tiens à remercier tout particulièrement John et les nombreux examinateurs qui, au fil des ans, ont mis bénévolement leur temps et leurs compétences au service de ce programme. À la dernière séance d'évaluation à l'automne 2012, l'ICORA a accordé six subventions pour une durée d'un an et trois subven-



tions pour deux ans, un total de 715 892 \$! Aujourd'hui, l'ICORA se révèle la troisième plus importante source de financement de la recherche sur l'arthrite au Canada.

En outre, l'ICORA a récemment créé la bourse de clinicien chercheur SCR (ICORA)-Société de l'arthrite (SA) gérée par la SA. La Dre Cheryl Barnabe est la première lauréate de ce prix qui vise à reconnaître ses contributions à la recherche en rhumatologie. Cette initiative se veut un investissement dans les futurs chefs de file de la recherche en rhumatologie.

Le prochain appel de demandes de subventions aura lieu au printemps 2014. Pour obtenir de plus amples renseignements à propos de l'ICORA et de la soumission des demandes de subventions, visitez le site Web de la SCR à [rheum.ca](http://rheum.ca). Vous pouvez également consulter les affiches et les publications des projets financés antérieurement.

J'aimerais également remercier les membres du comité directeur de l'ICORA pour leurs précieux conseils : Dr Carter Thorne, Dr Alfred Cividino, Dr Jamie Henderson, Dre Janet Pope, Dr Michel Zimmer, Dre Maggie Larché et Dre Regina Gjevre, ainsi que mesdames Virginia Hopkins et Christine Charnock dont les précieuses compétences administratives facilitent la gestion de l'ICORA.

*Boulos Haraoui, M.D., FRCPC*

*Professeur agrégé de médecine, Université de Montréal*

*Chef, Unité de recherche clinique en rhumatologie,*

*Centre hospitalier de l'Université de Montréal (CHUM)*

*Président, Comité de direction de l'ICORA*

*Montréal, Québec*

## Comité de l'éducation de la SCR

par Christopher Penney, M.D., FRCPC

En 2011, la SCR s'est vu accorder le statut d'organisme d'agrément des activités de développement professionnel continu (DPC) du Collège royal. Nous soumettrons de nouveau une demande en 2014 pour conserver ce privilège. Cette démarche est certes essentielle, mais elle exige beaucoup de temps et d'argent.

En 2013, le sous-comité de l'éducation continue a examiné les projets de DPC soumis en vue de la Réunion scientifique annuelle de la SCR ainsi que les projets proposés par l'Association des rhumatologues de l'Atlantique (SOAR), l'Association ontarienne de rhumatologie (ORA [Ontario Rheumatology Association]), la

Société Sjögren du Canada et le Service de rhumatologie de l'Hôpital Credit Valley. En collaboration avec mdBriefcase, nous avons élaboré des programmes en ligne sur l'évaluation des essais cliniques, sur les lignes directrices de la SCR pour le traitement de la PR ainsi que sur les orientations récentes dans la PR. Lors de notre réunion scientifique de 2013, le Collège royal avait organisé un atelier sur l'agrément auquel ont participé les membres du comité de l'éducation de la SCR.

La section Éducation du site Web de la SCR est entrée en activité à l'automne 2013. Cette section est en constante évolution; par conséquent, si vous souhaitez partager des documents

éducatifs avec vos collègues à l'échelle nationale, nous vous prions de communiquer avec Christine Charnock ([christine@rheum.ca](mailto:christine@rheum.ca)).

La SCR a créé le prix de Réflexion sur la pratique pour encourager ses membres à concevoir des programmes de DPC axés sur l'autoévaluation et la réflexion sur la pratique qui pourraient servir à améliorer la pratique rhumatologique au Canada. Si vous souhaitez soumettre votre candidature à ce prix, veuillez consulter la section « Prix décernés » sur le site de la SCR ([http://rheum.ca/fr/the\\_cra/Awards](http://rheum.ca/fr/the_cra/Awards)) pour obtenir de plus amples renseignements.

Le sous-comité du Programme Patients-partenaires contre l'arthrite (PPCA) poursuit ses efforts pour obtenir le financement requis pour les activités du PPCA à travers le Canada. La SCR n'a pas acquiescé à notre demande de fonds. Nous négocions maintenant avec la Société de l'arthrite (SA). Si vous avez des suggestions, n'hésitez pas à communiquer avec moi à [penney@ucalgary.ca](mailto:penney@ucalgary.ca).

Nous serons heureux d'accueillir au sein de notre comité tous les membres de la SCR qui s'intéressent particulièrement aux activités de DPC ou à d'autres aspects de la formation en rhumatologie. La Dre Jodie Reis, la Dre Aurore Fifi-Mah et le Dr Dharini Mahendira sont devenus membres de notre comité en 2013. Nous souhaitons particulièrement recruter des membres du Québec. La SCR remboursera vos frais pour votre formation si vous choisissez de devenir examinateur pour une activité agréée. Par ailleurs, si la formation au niveau du premier cycle ou des cycles supérieurs vous tient particulièrement à cœur, vous pouvez devenir membre du sous-comité CanREAL. Veuillez communiquer avec moi par courriel pour de plus amples renseignements.

*Christopher Penney, M.D., FRCPC*

*Professeur agrégé de clinique, Université de Calgary*

*Rhumatologue, Richmond Road Diagnostic & Treatment Center  
Calgary, Alberta*

## Comité des thérapeutiques

par Shahin Jamal, B. Sc. P. T., M.D., FRCPC, M. Sc.

Le Comité des thérapeutiques de la SCR a connu une autre année bien remplie et productive. Nous avons participé activement à l'élaboration de lignes directrices et d'énoncés de position touchant divers domaines thérapeutiques. Plusieurs groupes travaillent à la dissémination et à la traduction des lignes directrices pour la polyarthrite rhumatoïde (PR) et la fibromyalgie (FM), à la rédaction d'énoncés de position sur la vascularite et le lupus érythémateux disséminé (LED), ainsi qu'à des mises à jour des lignes directrices pour le traitement des spondylarthropathies. Des discussions se poursuivent en vue d'élaborer des lignes directrices canadiennes en ce qui concerne la grossesse chez les femmes atteintes de maladies rhumatismales et d'arthrose. Par l'intermédiaire du comité des thérapeutiques, ces divers groupes ont mis en commun leurs ressources, leur approche méthodologique et leurs effectifs. En septembre 2013, nous avons organisé une réunion des parties intéressées en vue d'élaborer un plan unifié pour disséminer les lignes directrices en rhumatologie et pour en mesurer l'application et cette rencontre a été fructueuse; ce projet, dirigé par la Dre Claire Bombardier, a été réalisé grâce à une subvention pour réunions de petit groupe octroyée par les Instituts de recherche en santé du Canada (IRSC). Nous avons également communiqué avec des experts épidémiologistes canadiens de l'Université McMaster pour nous aider à développer une méthode commune pour l'élaboration de lignes directrices.

Les lignes directrices pour la PR élaborées par la SCR ont été publiées dans le numéro du mois d'août 2012 du *Journal of Rheumatology*. La traduction en français est en cours. En outre, un programme de diffusion électronique des recommandations a

été finalisé avec l'aide de la firme mdBriefcase. Plusieurs autres activités de dissémination des lignes directrices sont déjà en cours, notamment une chronique de type « Questions et réponses » à paraître dans le *JSCR*. En outre, celles et ceux qui souhaiteraient présenter les lignes directrices à leurs collègues peuvent obtenir un ensemble de diapositives auprès de la SCR.

Le Groupe de travail canadien sur le lupus érythémateux disséminé (LED) a tenu sa première réunion personnelle après l'Assemblée scientifique annuelle de la SCR qui a eu lieu à Ottawa en février 2013; cette activité était elle aussi financée par une subvention pour réunions de petit groupe des IRSC. Cette rencontre a permis des échanges très fructueux entre des rhumatologues et des spécialistes du LED venus des diverses régions du Canada. À la lumière des résultats d'une évaluation des besoins effectuée auprès des membres de la SCR en décembre 2012, le groupe a défini les thèmes et les questions prioritaires. Ce groupe procède en ce moment à un examen approfondi de la littérature qui devrait être terminé au début de 2014. À l'aide de ces conclusions, le groupe préparera un énoncé de position sur la prise en charge du LED.

Le Réseau canadien pour la recherche sur les vascularites (CANVASC) en est à rédiger des recommandations sur le traitement de la vascularite associée aux ANCA (anticorps dirigés contre les neutrophiles cytoplasmiques). Ce groupe a terminé l'enquête sur les besoins des membres de la SCR en cette matière au printemps 2013, puis il a procédé à une recherche approfondie de la littérature et rédigé deux versions préliminaires des recommandations. La version finale, à laquelle participera un large éventail de spécialistes, devrait être prête vers le milieu de 2014.



Les membres géniaux du comité des thérapeutiques.

Les Lignes directrices canadiennes pour le diagnostic et la prise en charge du syndrome de fibromyalgie (FM) (cautionnées par la Société canadienne de la douleur et la SCR) ont suscité un vif intérêt et elles ont été louangées à l'international. Ce document est publié en anglais et en français. Plusieurs manuscrits ont été préparés et soumis, notamment un article publié dans le *Canadian Medical Association Journal (CMAJ)* en mai 2013. La Dre Mary-Ann Fitzcharles a présenté un exposé sur les lignes directrices pour la FM à la réunion de l'American College of Rheumatology (ACR) à San Diego tenue en octobre 2013. Vous pouvez obtenir la trousse de diapositives si vous souhaitez faire connaître ces lignes directrices à vos collègues.

Le Consortium canadien de recherche sur la spondylarthrite (SPARCC, pour Spondylarthritis Research Consortium of Canada) s'est réuni en mai 2013 pour entreprendre la mise à jour des recommandations SCR-SPARCC (2007) pour la prise en charge de la spondylarthrite. Ce groupe a déterminé quels aspects du document ont besoin d'être mis à jour et il a entrepris un examen exhaustif de la littérature sur ces questions. Il espère avoir terminé le manuscrit au début de 2014.

En plus des efforts consacrés aux lignes directrices, le comité des thérapeutiques a accumulé des données en vue d'améliorer l'accès des patients aux agents thérapeutiques. Depuis quelques années, il est de plus en plus difficile d'obtenir du méthotrexate pour la voie sous-cutanée (s.-c.) parce que ce médicament est inscrit sur la liste des agents cytotoxiques, en particulier dans les milieux institutionnels. Par conséquent, nous avons effectué une revue exhaustive des données sur l'innocuité du traitement par le méthotrexate s.-c. aux doses faibles généralement administrées

en rhumatologie. Nous avons présenté une affiche décrivant les résultats de cette analyse à l'Assemblée scientifique annuelle de la SCR et nous sommes à rédiger le document à être publié. Lors de notre rencontre à Ottawa en février 2013, nous avons eu la chance de compter parmi nous la Dre Agnes Klein, de Santé Canada. Avec son aide et ses conseils avisés, nous poursuivons nos efforts pour faire modifier le statut du méthotrexate à faible dose dans la documentation de Santé Canada. Nous communiquons aussi avec d'autres associations professionnelles, par exemple les infirmières, les pharmaciens et les ergothérapeutes, pour les convaincre de se joindre à notre démarche. Le comité des thérapeutiques se préoccupe également de plusieurs nouveaux enjeux. Nous collaborons avec le comité de pédiatrie de la SCR en vue de faciliter l'accès à l'hexacétone de triamcinolone pour injection intra-articulaire. Nous avons aussi participé activement à la définition de la place des cannabinoïdes dans les maladies rhumatismales. Au printemps 2013, nous avons fait parvenir un sondage aux membres de la SCR; le sommaire des résultats est maintenant prêt et nous préparons une politique ou un énoncé de position sur cette question. Nous surveillons par ailleurs l'évolution de la situation des produits biologiques ultérieurs (terme utilisé par Santé Canada pour *subsequent-entry biologics*, de préférence à « biogénériques ») et leur arrivée potentielle au Canada.

Si je pense à tout ce qui a été accompli l'an dernier, je suis certaine que la présidence du comité des thérapeutiques sera une fonction stimulante et intéressante. J'ai de la chance de pouvoir compter sur des collègues aussi intéressants et enthousiastes qui sont pleinement engagés à améliorer la rhumatologie au Canada. Je tiens à remercier chaleureusement tous nos membres pour leur dynamisme, leur temps et leur dévouement; je remercie également Christine Charnock ainsi que les membres du conseil d'administration et de la direction pour leur soutien constant. Nous sommes toujours heureux d'accueillir de nouveaux membres au sein de notre comité. N'hésitez pas à m'écrire ([shahin.jamal@vch.ca](mailto:shahin.jamal@vch.ca)) si vous souhaitez vous joindre à nous.

*Shahin Jamal, B. Sc. PT., FRCPC, M. Sc.  
Rhumatologue, Hôpital général de Vancouver  
Vancouver, Colombie-Britannique*

## Comité des nominations

par Jamie Henderson, M.D., FRCPC

Le comité des nominations est composé d'anciens présidents de la SCR et présidé par le président sortant, un rôle qui m'échoit en ce moment. Le président de ce comité se voit traditionnellement confier la mission de recruter des candidats potentiels au conseil d'administration et de les inviter à devenir membres du conseil de la SCR. Tous les deux ans, le comité doit choisir une personne qui fera partie du comité

exécutif en vue d'occuper le poste de vice-président pendant deux ans. Cette personne occupera ensuite le poste de président de la SCR pendant deux ans, puis celui de président sortant pendant deux autres années.

Depuis quelques années, le comité s'est attribué un mandat élargi, soit de soumettre la candidature des membres de la SCR qui, à ses yeux, méritent de recevoir les prix décernés par

l'Association médicale canadienne (AMC), par l'American College of Rheumatology (ACR) et par des organismes nationaux. L'an dernier, notre comité a réussi à obtenir la Médaille commémorative du règne de la Reine pour plusieurs de nos membres.

Ces fonctions ne sont pas exigeantes, mais elles s'avèrent très importantes pour préserver le dynamisme et la pertinence de la SCR grâce aux contributions actives de nos membres récents,

enthousiastes et talentueux qui exercent dans les diverses régions du pays et dans différents contextes professionnels.

*James Henderson, M.D., FRCPC*

*Président sortant, Société canadienne de rhumatologie*

*Chef, médecine interne, Dr. Everett Chalmers Hospital*

*Professeur, Université Dalhousie, Frédéricton, Nouveau-Brunswick*

## Comité scientifique

par Joanne Homik, M.D., M. Sc., FRCPC

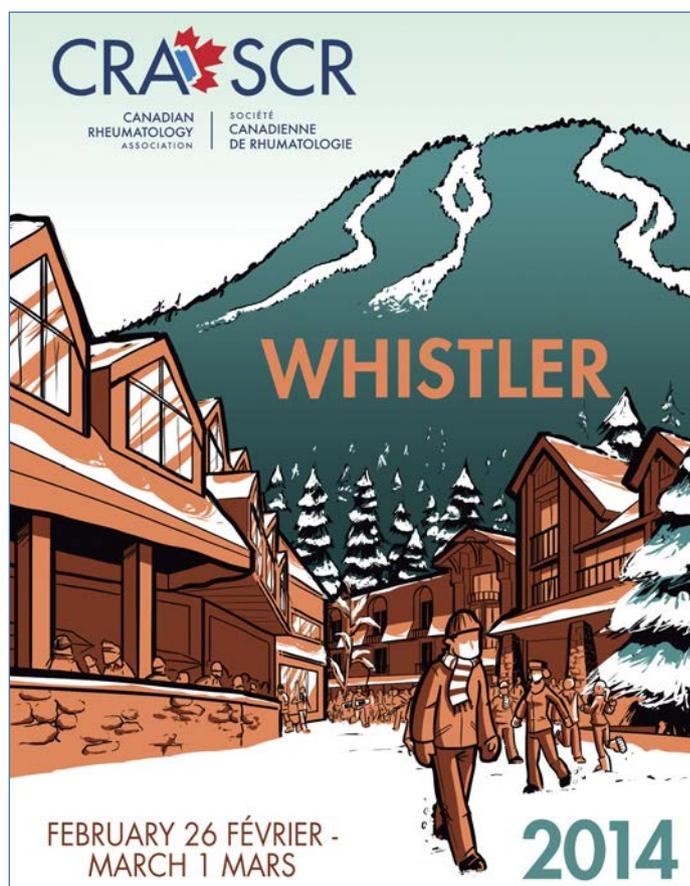
La SCR retourne à une prestigieuse station de ski canadienne en 2014! Vous aurez probablement noté que depuis quelques années, nous avons choisi des endroits différents pour tenir notre assemblée scientifique annuelle. Les sites urbains ont certes recueilli votre assentiment, mais nous avons cru bon de choisir de nouveau des endroits plus axés sur des activités récréatives : Whistler, pour la réunion du 26 février au 1<sup>er</sup> mars 2014 et la Ville de Québec pour celle du 3 au 6 février 2015.

Fiers du succès de nos réunions précédentes, nous proposons de nouveau les séances plénières portant sur les meilleurs résumés reçus, les grandes conférences par des rhumatologues de renommée internationale, ainsi que la conférence sur l'état des connaissances et l'exposé par notre lauréat du Prix du chercheur émérite, sans oublier de nombreux groupes de travail et notre célèbre grand débat. En 2014, le débat portera sur l'énoncé suivant : *Be it resolved that rheumatologists monitor their patients too closely while on disease-modifying antirheumatic drugs and biologics.* (Il a été résolu que les rhumatologues doivent effectuer un suivi plus que minutieux de leurs patients traités par des antirhumatismes modificateurs de la maladie et des agents biologiques.)

Notre séjour au Fairmont Chateau Whistler se doit aussi d'être agréable. Pour que les participants à notre assemblée profitent pleinement de la beauté de ce centre de villégiature, nous avons prévu des pauses d'une durée de trois à quatre heures durant les après-midis pour que celles et ceux qui le désirent puissent faire du ski ou visiter le village de Whistler. Le vendredi soir, vous êtes invités au banquet et à la soirée de danse dont la popularité ne se dément pas.

Nous espérons vous rencontrer tous à Whistler!

*Joanne Homik, M.D., M. Sc., FRCPC*  
*Professeure agrégée de médecine,*  
*Directrice, Division de rhumatologie,*  
*Université de l'Alberta*  
*Présidente, Comité scientifique,*  
*Société canadienne de rhumatologie*  
*Edmonton, Alberta*



## Assemblée générale annuelle

La prochaine assemblée générale annuelle de la SCR aura lieu le samedi matin 1<sup>er</sup> mars à l'hôtel Fairmont Chateau Whistler.

Seuls les membres en règle de la SCR peuvent assister à cette assemblée.

Veillez consulter le site [www.rheum.ca](http://www.rheum.ca) pour de plus amples renseignements sur l'inscription à cette assemblée.

# Comité des ressources humaines

par John Thomson, M.D., FRCPC

Les enjeux reliés aux effectifs médicaux font très souvent la une en ce moment. En octobre 2013, le Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada a publié un rapport sur l'emploi qui dévoilait des statistiques troublantes sur les ressources humaines médicales, surtout en ce qui a trait au chômage et au sous-emploi dans certaines spécialités et sur-spécialités médicales et chirurgicales au Canada. Cette question est de toute évidence fort complexe et il est essentiel de lui consacrer des études beaucoup plus approfondies et de rechercher des stratégies efficaces. Force est de reconnaître qu'il n'existe pas de solutions simples ou rapides à ce problème tout aussi malheureux que grave.

Entre-temps, dans la surspécialité de la rhumatologie, on observe une situation complètement opposée : le principal enjeu sur le plan des effectifs médicaux est le manque de rhumatologues et la distribution insatisfaisante des ressources. En réalité, dans la plupart des régions du Canada, on manque de rhumatologues. La plupart des centres universitaires ont des postes à combler dans cette surspécialité. Dans de nombreuses grandes villes canadiennes, il n'y a pas assez de rhumatologues qui exercent dans la collectivité. Les pénuries les plus criantes s'observent dans les villes de taille moyenne. Les causes de ces pénuries d'effectifs et de distribution inefficace des ressources sont complexes, mais elles sont certainement reliées en partie à l'exposition insuffisante des étudiants en médecine et des stagiaires en médecine interne à notre surspécialité.

Depuis longtemps consciente de cette pénurie d'effectifs, la SCR a réagi en lançant des projets et des programmes visant à accroître au fil du temps le nombre de rhumatologues praticiens au Canada. Par exemple, elle a institué depuis plusieurs années déjà les programmes de préceptorat en rhumatologie clinique et en recherche. Des étudiants en médecine de toutes les régions du Canada soumettent aux mentors des demandes de bourses d'été; ce sont en général des étudiants en première ou deuxième année de médecine. Cette stratégie a accru l'exposition à la rhumatologie dès le début de la formation médicale, ce qui a amené de nombreux étudiants à poursuivre une carrière en rhumatologie. La Dre Janet Pope a été la plus ardente partisane de ces programmes de préceptorat qui reçoivent l'appui financier de nos collègues du secteur privé chez Roche et Abbvie.

En outre, la SCR finance depuis de nombreuses années un programme de manuels de rhumatologie à l'intention de tous les étudiants et résidents qui participent aux programmes de stage en rhumatologie à travers le Canada. Cette stratégie a elle aussi accru l'exposition à notre surspécialité et elle a aidé tous les stagiaires en médecine à mieux comprendre la rhumatologie.

Un autre projet récent vise à faire connaître l'existence et à favoriser l'utilisation du portail de l'emploi sur le site Web de la SCR, un outil qui facilite l'affichage des postes offerts dans toutes les régions de notre pays. Cet outil reste malheureusement sous-utilisé, mais nous espérons que la demande croîtra. La Dre Jane Purvis, présidente de l'Association ontarienne de rhumatologie (ORA [Ontario Rheumatology Association]), a décidé de faire des problèmes d'emploi un enjeu central de sa présidence. Elle a instauré des mesures innovatrices pour appairer la demande (les nouveaux stagiaires) et l'offre des postes à combler en rhumatologie en Ontario. La SCR travaille de concert avec la Dre Purvis dans l'espoir d'étendre ce programme à l'ensemble du Canada.

Divers modèles de « programmes de sensibilisation » à la rhumatologie existent depuis plusieurs années à travers le Canada. Les résidents en médecine interne en première ou deuxième année de leur formation ont été invités à participer à ces programmes à Vancouver, Calgary, London, Hamilton et Montréal, et ils ont répondu à cette invitation; ils ont eu l'occasion de mieux connaître la surspécialité de la rhumatologie et tous ses aspects positifs, y compris les intéressantes perspectives d'emploi. Une impression générale persiste : les résidents en médecine interne n'ont pas été suffisamment exposés à la rhumatologie ou ils l'ont été trop tard durant leur formation en médecine interne. La SCR cherche donc à accroître le nombre de ces « programmes de sensibilisation » à la rhumatologie en allouant des fonds et des conseils aux centres qui n'offrent pas encore un tel programme.

Il est par ailleurs encourageant de constater que les nombres de stagiaires en rhumatologie semblent augmenter de manière soutenue. Dans l'ensemble, le nombre d'étudiants qui s'inscrivent dans les facultés de médecine a augmenté très significativement depuis quelques années, et cette recrudescence s'observe maintenant dans les programmes de stages. Nous croyons et nous espérons que les jeunes diplômés sauront reconnaître les occasions extraordinaires qu'offre notre fascinante surspécialité, ce qui aidera à corriger les inégalités dans la répartition des effectifs en rhumatologie.

*John Thomson, M.D., FRCPC*

*Président, Comité des ressources humaines*

*Société canadienne de rhumatologie*

*Professeur adjoint, Département de médecine,*

*Division de rhumatologie, Université d'Ottawa*

*Membre du personnel, L'Hôpital d'Ottawa*

*Ottawa, Ontario*

## Comité de pédiatrie

par Rosie Scuccimarri, M.D., FRCPC

Le comité de pédiatrie de la SCR a connu une croissance remarquable au fil des ans; il compte aujourd'hui près de 50 membres qui représentent 8 des 10 provinces canadiennes. Le comité est dirigé par un comité exécutif composé de la soussignée (présidente), de la Dre Susanne Benseler (présidente élue), de la Dre Lori Tucker (présidente sortante) et de la Dre Janet Ellsworth (secrétaire-trésorière). Nous tenons régulièrement des téléconférences pour vérifier si les objectifs du comité sont bel et bien atteints, à savoir :

- accroître la sensibilisation aux maladies rhumatismales de l'enfant;
- promouvoir des modèles de soins optimaux pour les enfants atteints de ces maladies;
- promouvoir la formation des professionnels de la santé en vue d'optimiser le diagnostic et le traitement des maladies rhumatismales de l'enfant;
- promouvoir et défendre les droits de ces enfants.

Nous sommes très heureuses que le comité de pédiatrie ait été invité par la SCR à rédiger des documents sur la pédorhumatologie dans le cadre de deux projets de l'Association médicale canadienne (AMC) : l'Alliance sur les temps d'attente et Choosing Wisely® (ce dernier porte sur l'utilisation judicieuse des ressources médicales). Ces projets correspondent aux objectifs de notre comité et ils aident à promouvoir des modèles de soins optimaux pour les enfants atteints de maladies rhumatismales. En outre, ils nous permettront de mieux promouvoir et défendre les droits de nos patients.

Pour l'heure, nous élaborons les groupes de travail qui s'occuperont de ces deux projets. Le projet de l'Alliance sur les temps d'attente vise à proposer des exemples de temps d'attente acceptables du point de vue médical pour les patients atteints

d'arthrite juvénile idiopathique (AJI). Quant au projet Choosing Wisely, il a pour but de renseigner les médecins, les patients et les autres intervenants en santé sur les examens médicaux et les interventions qui pourraient ne pas être nécessaires dans le cas des enfants et des jeunes atteints de maladies rhumatismales.

Enfin, la Dre Lori Tucker soumettra au comité d'accès aux soins l'énoncé de position à propos de l'hexacétone de triamcinolone. Cet énoncé a été élaboré en tenant compte des opinions des membres du comité de pédiatrie de la SCR. Les pédorhumatologues administrent ce corticostéroïde par injection intra-articulaire depuis plus de 30 ans pour traiter les enfants qui souffrent d'arthrite. Depuis plus de deux ans, ce médicament ne peut être administré qu'avec l'autorisation du Programme d'accès spécial de Santé Canada; il en résulte des retards inacceptables dans le traitement, sans compter l'obligation de soumettre une demande à chaque fois que le médecin emploie ce médicament. L'adhésion de la SCR à cet énoncé de position nous aidera à faire progresser la cause de nos patients sur cet aspect des soins.

Le comité de pédiatrie consacrera ses efforts à ces deux projets. Nous comptons bien consacrer à chaque projet le temps, les efforts et le dynamisme requis pour susciter des discussions fructueuses et réussir à rédiger des documents définitifs qui aideront les pédorhumatologues à réclamer de meilleurs soins pour leurs patients.

*Rosie Scuccimarri, M.D., FRCPC*

*Rhumatologue pédiatre, Département de pédiatrie  
Professeure adjointe, Université McGill*

*Directrice de programme, Division de la rhumatologie pédiatrique  
Montréal, Québec*

## Comité d'accès aux soins

par Viktoria Pavlova, M.D., FRCPC; Henry L. Averbs, M.B. Ch. B., FRCP(UK), FRCPC,  
et Nigil Haroon, M.D., Ph. D., D.M.

C'est avec plaisir que nous faisons le point sur les principales activités du comité d'accès aux soins (CAS) durant cette année. Nos efforts ont été principalement axés sur l'amélioration des soins aux Autochtones, sur l'élaboration de points de référence pour les temps d'attente des patients atteints de maladies rhumatismales, sur la définition d'une nouvelle approche des soins de santé intégrés, et sur la collaboration avec

l'Alliance de l'arthrite du Canada (AAC) et l'Association ontarienne de rhumatologie (ORA [Ontario Rheumatology Association]).

Le Dr Henry Averbs a été le fer de lance de nos efforts pour améliorer les soins aux Autochtones en déclarant que « le CAS veut relever le défi de mieux connaître le modèle de prestation des services de rhumatologie dans ces populations. À la fin de

2013, un sondage mené auprès des membres de la SCR a mis en lumière plusieurs enjeux communs à toutes les provinces et qui sont reliés aux difficultés en matière de soins de santé propres aux Premières Nations, tant en milieu urbain que dans les communautés éloignées.

Nous avons principalement travaillé de concert avec le personnel des Services de santé non assurés (SSNA), d'abord pour revoir la liste des critères pour les médicaments à usage restreint, plus précisément les médicaments biologiques, et à plus longue échéance, pour examiner et améliorer le processus de soumission des demandes de médicaments, une démarche perfectible de l'avis de la plupart des médecins. Par ailleurs, de nombreux membres de la SCR continuent d'explorer divers modèles de soins, p. ex., la télémédecine et la liaison avec des infirmières spécialement formées qui œuvrent dans les communautés éloignées. En 2014, nous espérons progresser sur la base de ces initiatives et pouvoir proposer des stratégies pour l'avenir afin d'améliorer les services de santé en rhumatologie à l'intention des Autochtones. » (Traduction libre).

Le Dr Nigil Haroon se consacre pour sa part à l'Alliance pour les temps d'attente (ATA) et il prépare des exemples de temps d'attente pour les patients atteints de maladies rhumatismales; il rappelle que « l'ATA a été créée à cause des préoccupations des médecins canadiens au sujet de l'accès tardif aux soins pour leurs patients. L'ATA regroupe plusieurs sociétés de spécialités médicales qui travaillent de concert avec les intervenants pertinents. Dans un premier temps, la priorité avait été accordée à cinq domaines thérapeutiques : le cancer, les soins cardiaques, l'imagerie diagnostique, les arthroplasties et le rétablissement de la vue. Les temps d'attente de référence ont été établis en 2004. Au fil du temps, d'autres spécialités et d'autres domaines thérapeutiques ont été inclus sous le parapluie de l'ATA. Cette année, la SCR a été invitée à participer à cette démarche et à proposer des temps d'attente acceptables du point de vue médical.

On nous a donc demandé d'établir pour les maladies rhumatismales le seuil du temps d'attente au-delà duquel ce délai risque d'influer défavorablement sur la santé du patient, comme le montrent les meilleures données probantes et le consensus clinique. Ces temps d'attente de référence seront utilisés comme des objectifs d'efficacité du système de santé en vue d'évaluer la performance, les temps d'attente et les différences entre les services, les hôpitaux et les provinces.

Tout au cours de l'année, la SCR a collaboré avec des comités d'experts pour définir ces points de référence pour la rhumatologie. Dans un premier temps, nous avons établi les temps d'attente de référence pour la polyarthrite rhumatoïde (PR), la spondyl-

arthrite ankylosante, l'arthrite psoriasique et pour le lupus. Un sous-comité pédiatrique a été créé pour nous assister dans ce travail. Les premiers temps d'attente de référence établis par la SCR seront publiés dans le rapport 2014 de l'ATA, non sans que nous ayons d'abord tenu compte des commentaires des membres de la SCR. »

Le comité des modèles de soins (CMS) de l'ORA a examiné de nouveaux modèles de soins qui confèreraient une valeur ajoutée aux soins aux patients atteints d'arthrite inflammatoire (AI), à leurs intervenants en santé et aux payeurs de ces soins. La Dre Vandana Ahluwalia a instigué et dirigé ce projet. Le CMS a évalué les lacunes des soins tels que dispensés aujourd'hui et il a tenté de déterminer si des ressources étaient facilement disponibles; il a aussi étudié des modèles de soins reconnus comme étant efficaces à travers le Canada dans différentes disciplines. Ce comité élabore en outre un modèle de soins visant à optimiser toutes les ressources existantes, à promouvoir le partage de ces ressources et à coordonner les soins de qualité destinés aux patients atteints d'AI. Les membres du CMS insistent pour que ce nouveau modèle de soins comprenne des mesures de soutien des patients durant tout le continuum de la maladie.

La première réunion interactive qui a regroupé les divers intervenants dans le domaine de l'arthrite a eu lieu le 4 octobre 2013. Elle visait à établir un franc dialogue entre les groupes d'intervenants qui offrent des programmes de soutien aux patients; les autres objectifs étaient de définir les besoins non comblés, d'explorer des stratégies pour améliorer la coordination et la prestation efficace des services et d'inclure le plus d'aspects possible dans les programmes de soutien, surtout au cours des premières étapes du diagnostic de la maladie. Restez à l'antenne pour connaître l'évolution de ce dossier!

*Viktoria Pavlova, M.D., FRCPC*  
Professeure adjointe de clinique, Département de médecine,  
Division de rhumatologie,  
Université McMaster  
Hamilton, Ontario

*Henry L. Averbs, M.B. Ch. B., FRCP(UK), FRCPC*  
Kingston, Ontario

*Nigil Haroon, M.D., Ph. D., D.M.*  
Professeur adjoint de rhumatologie et de médecine,  
Université de Toronto  
Clinicien-chercheur, University Health Network  
Toronto, Ontario

## CÉLÉBRONS ENSEMBLE

En tant que communauté, nous souhaitons partager vos moments heureux. Les naissances, les nominations académiques, les mariages et les événements importants de votre vie sont les bienvenus et seront publiés dans le prochain numéro du JSCR. Veuillez soumettre les détails de vos événements à [kati@sta.ca](mailto:kati@sta.ca).

## Rapport de l'assemblée annuelle 2013 de l'ORA

par Jane Purvis, M.D., FRCPC

Cette année encore, l'Association ontarienne de rhumatologie (ORA [Ontario Rheumatology Association]) s'est réunie au centre de villégiature J.W. Marriott pour sa 12<sup>e</sup> Assemblée générale et scientifique annuelle. Jamais cet événement n'avait attiré autant de participants, plus de 200 personnes – rhumatologues, stagiaires en rhumatologie, professionnels paramédicaux, commanditaires du secteur privé et invités – et jamais il n'avait remporté un tel succès. Les réunions scientifiques, de nouveau organisées de main de maître par la Dre Janet Pope, ont suscité un vif intérêt et porté sur des sujets variés, notamment l'hépatopathie, la myopathie, une mise à jour par l'Association médicale de l'Ontario (OMA [Ontario Medical Association]) et les critères cliniques dans la sclérodémie.



Assemblée générale et scientifique annuelle de l'ORA au J.W. Marriott.

La conférencière principale, madame Suzanne LePage, a expliqué les tenants et les aboutissants de la couverture des médicaments par les compagnies d'assurance au Canada, un sujet éminemment d'actualité. Au programme le vendredi soir, une exposition commer-



La Dre Janet Pope reçoit le prix du Rhumatologue de l'année pour 2013 des mains de la présidente de l'ORA, la Dre Jane Purvis.

ciale de logiciels de dossier médical électronique (DME) organisée par le comité du DME dirigé par la Dre Vandana Ahluwalia ainsi qu'une excellente tournée d'affiches animée par les Drs Jacob Karsh et Bill Bensen. La Marche contre la douleur (*Walk to fight Arthritis*) a eu lieu le samedi après-midi; plus de 100 participants ont permis de recueillir plus de 16 000 \$ pour la Société de l'arthrite (SA). D'autres activités étaient proposées durant la journée de samedi, notamment une exposition d'oiseaux de proie, une démonstration d'art culinaire et une randonnée à vélo. Le samedi soir a été consacré à notre dîner de gala et à la remise des prix.

Le prix du Rhumatologue de l'année pour 2013 a été remis à la Dre Janet Pope, de London, Ontario, dont les travaux ont eu un retentissement international ainsi que des retombées importantes au sein du milieu de la rhumatologie en Ontario. La soirée s'est poursuivie au son de la musique et de la danse, comme le souhaitait la Dre Pope.

Étant donné que le succès de nos réunions ne se dément pas et que les membres ont exprimé leur accord à cet effet, la 13<sup>e</sup> Assemblée annuelle de l'ORA se tiendra au J.W. Marriott, du 23 au 25 mai 2014. Notez bien cette date pour ne pas perdre votre place!

Jane Purvis, M.D., FRCPC

Présidente, Association ontarienne de rhumatologie  
Rhumatologue, The Medical Centre  
Peterborough, Ontario

## Besoin d'une raison pour assister à l'ASA? En voici cinq!

- 1. Pour développer vos connaissances.** Venez écouter plus de 30 experts et assister aux conférences principales, présentées par Dr Walter Grassi, Dr Luc Chen et Dr Brian Feldman.
- 2. Une occasion de réseautage.** Interagissez avec vos collègues de partout au Canada et participez à de nombreuses séances en petits groupes mettant l'accent sur les familles de maladies diverses.
- 3. Pour susciter la controverse!** Du nouveau cette année : une exploration des controverses en rhumatologie.
- 4. Pour assister à des ateliers.** Essayez de choisir entre 27 excellents ateliers organisés au cours de trois sessions.
- 5. Simple pour votre portefeuille.** Une participation peu dispendieuse – seulement 250 \$ avant la date limite de préinscription!

L'ASA aura lieu du 26 février au 1<sup>er</sup> mars 2014 à l'hôtel Fairmont Chateau Whistler en Colombie-Britannique. Pour plus de détails, visitez notre site au [www.rheum.ca](http://www.rheum.ca).

# Des nouvelles de l'Association des médecins rhumatologues du Québec

par Gaëlle Chédeville, M.D.

**A**u 1<sup>er</sup> juillet 2013, l'Association des médecins rhumatologues du Québec (AMRQ) comptait 110 rhumatologues parmi ses membres. Ceci représente une très belle croissance au fil des années. Il n'y a pas si longtemps, notre association était l'un des plus petits regroupements de spécialistes du Québec. Nul doute que la croissance de l'AMRQ améliorera significativement notre capacité à offrir des services à la population dans toutes les régions du Québec. À l'heure actuelle, quelques régions ne sont toujours pas bien desservies, mais nous travaillons fort pour remédier à cette situation.

Pour attirer de nouveaux membres, notre association se veut très dynamique sur le plan des activités éducatives, ciblant les médecins résidents avant qu'ils ne choisissent leur domaine de spécialisation. Avec la nouvelle direction de Dre Marie Hudson, ce programme a été remanié il y a deux ans. Chaque année, les résidents en médecine interne de première et deuxième année sont invités pour une fin de semaine à assister à différents ateliers de formation en rhumatologie selon leur niveau de formation. Pour la première fois cette année, une résidente en pédiatrie a également pu profiter de ce programme. De nombreux résidents se joignent au programme les deux années et certains d'entre eux choisiront la rhumatologie comme domaine de spécialisation.

Le volet éducatif de notre association cible également les médecins de famille par le biais de notre publication annuelle, *Le Rhumatologue*. Chaque numéro est axé sur un sujet précis; le prochain, qui sera publié d'ici la fin de 2013, présentera une mise à jour sur l'ostéoporose. Tous les médecins de famille du Québec reçoivent cette publication. Les commentaires reçus sont toujours très positifs et nous encouragent à poursuivre nos efforts. Une de nos publications antérieures a même été distribuée aux pédiatres lorsque nous nous sommes penchés sur l'arthrite juvénile idiopathique (AJI).

L'éducation de nos membres se poursuit par le biais de notre congrès annuel et d'une autre réunion distincte, la « Mise à jour en rhumatologie ». L'année prochaine, il est prévu de regrouper ces deux événements afin de faciliter la participation et d'offrir un enseignement de qualité encore plus élevée. Ces deux rencontres adoptent un point de vue légèrement différent. Alors que le congrès annuel se penche sur des aspects plus pratiques et des discussions de cas, la mise à jour en rhumatologie se veut une revue et discussion des sujets les plus chauds. L'esprit de chaque événement sera préservé, pour le plus grand bénéfice des rhumatologues participants.

Au sein de notre communauté, le recours à l'ultrasonographie musculosquelettique a rapidement pris de l'ampleur. Le leadership de Dre Alessandra Bruns dans ce domaine a entraîné une croissance marquée de l'intérêt suscité. Presque tous les rési-

dents en formation du Québec suivent des cours offerts par la Société pour l'ultrasonographie en rhumatologie au Canada (SURC) pour apprendre les rudiments des techniques d'ultrasonographie et se familiariser avec leur utilisation pour évaluer les patients. De nombreux jeunes rhumatologues ont poursuivi leur formation avec Dre Bruns pour acquérir plus d'expertise dans ce domaine. Très bientôt, tous les rhumatologues intégreront l'ultrasonographie musculosquelettique dans leur pratique comme norme de soin. Nous ne sommes pas loin du jour où l'ultrasonographie musculosquelettique devra nécessairement faire partie de nos programmes de formation.

Notre association est très fière de disposer d'un site Web ([www.rhumatologie.org/rhumatologie.html](http://www.rhumatologie.org/rhumatologie.html)), mis sur pied par Dre Sai-Yan Yuen il y a quelques années. Son but est de faciliter les communications entre nos membres et de fournir des mises à jour sur les événements liés à notre spécialité, mais aussi de fournir des liens vers les plus récentes lignes directrices, les présentations des conférences et d'autres renseignements utiles dans notre pratique. Un forum est également accessible pour discuter de cas difficiles. Le site Web fournit un accès public très populaire à la revue *Le Rhumatologue*. Des liens sont aussi en place pour obtenir plus d'information sur les maladies et les médicaments. Enfin, on y retrouve un répertoire des rhumatologues par région, ce qui peut être très utile pour les patients ou pour les médecins qui veulent adresser des patients.

Et pour conclure, pour ce qui est de l'aspect économique, des négociations ont eu lieu avec le gouvernement du Québec et la Fédération des médecins spécialistes du Québec, qui représente toutes les associations de spécialistes, incluant la nôtre. Au cours des deux dernières années, nos membres ont vu une hausse significative de leurs revenus grâce à une hausse des honoraires pour les actes médicaux. Ceci a été obtenu grâce au travail acharné et aux interminables discussions de notre président, Dr Denis Choquette, et de notre vice-président, Dr Frédéric Morin. Différentes stratégies ont rendu cette hausse possible, notamment la création de nouveaux codes reconnaissant la complexité des soins requis par certains de nos patients, incluant les enfants, les personnes âgées et les patients atteints de maladies inflammatoires rhumatismales. D'autres projets continuent à faire l'objet de discussions pour améliorer l'accès aux soins.

Dans l'ensemble, les choses vont bien à l'AMRQ et nous espérons poursuivre sur la même voie pour de nombreuses années à venir.

Gaëlle Chédeville, M.D.

Professeure adjointe, Département de pédiatrie,  
Division de rhumatologie, L'Hôpital de Montréal pour enfants  
Montréal, Québec

## Nouvelles de la SOAR : l'année 2013 en Atlantique

par Sylvie Ouellette, M.D., FRCPC

**T**rente années : d'aucuns diraient qu'il s'agit d'une génération et d'autres plaideraient que c'est bien peu de temps. Eh bien, il y a 30 ans, dans une pièce sans fenêtre de l'Hôpital général Victoria à Halifax, avait lieu la première réunion de l'Association des rhumatologues de l'Atlantique (SOAR). Depuis, de nombreux changements ont transformé l'exercice de la rhumatologie et, malheureusement, plusieurs des membres fondateurs sont décédés. Ce qui n'a pas changé toutefois, c'est l'enthousiasme qui anime notre petit groupe et le motive à se réunir chaque année.

C'est en nous remémorant ces souvenirs que nous nous sommes réunis de nouveau sur la rive nord de l'Île-du-Prince-Édouard du 21 au 23 juin 2013 en vue de célébrer ces 30 années de collégialité et de coopération entre rhumatologues des provinces de l'Atlantique. La température était clémente (un changement bienvenu), le homard délicieux, et le golf? Mieux vaut ne pas en parler (ce qui se passe sur le terrain de golf ne doit pas en dépasser les limites). Samedi soir, quelques rares intrépides ont préféré se détendre au bar en écoutant la musique d'Andrew Creegan plutôt que de regarder la partie de hockey télévisée.

La Dre Susan Manzi et le Dr John Stone étaient les conférenciers à la réunion de cette année. La Dre Manzi a présenté un exposé sur les modalités du traitement du lupus érythémateux disséminé (LED) et sur les difficultés à surmonter dans les essais cliniques dans ce domaine; elle a ensuite décrit de manière saisissante les résultats thérapeutiques dans le LED ainsi que les enjeux du traitement des maladies concomitantes. Le Dr Stone a, pour sa part, fait le point sur le traitement des vascularites et sur la place de plus en plus importante du rituximab. Il a également fait état des plus récents résultats de recherche sur la vascularite liée aux IgG4 et sur des biomarqueurs potentiels. Un pavé dans la mare : il nous faut désormais parler des plasmablastes plutôt que des IgG4. Les participants ont également écouté des exposés par les Dres Bianca Lang et Alexa Smith, et par l'auteure de ces lignes.

La réunion de 2013 nous a donné l'occasion de réfléchir sur le passé de la SOAR et d'envisager son avenir. Il semblait donc tout à fait normal qu'un membre de la première heure assiste à la réunion avec sa première petite-fille (le premier petit-enfant au sein de la SOAR!). Nous avons profité de ce moment pour souligner la contribution du Dr David Hawkins en nommant une conférence en son honneur. Le Dr Hawkins et le Dr Jack Woodbury ont joué un rôle fondamental dans la formation du premier groupe de la SOAR. Inspirés par leur travail de pionniers, nous envisageons avec enthousiasme les 30 prochaines réunions annuelles!

Le Dr John Hanly a accepté de diriger la SOAR à titre de président pendant les deux prochaines années. Je lui souhaite le plus grand succès au cours de son mandat.



Les rhumatologues de l'Atlantique, les invités, les membres honoraires ainsi qu'un plat de homard frais!

*Sylvie Ouellette, M.D., FRCPC  
Professeure adjointe, Université Dalhousie  
Professeure adjointe de clinique, Université Memorial  
Présidente sortante, Association des rhumatologues de  
l'Atlantique  
Rhumatologue, L'Hôpital de Moncton  
Moncton, Nouveau-Brunswick*

# Rapport de la réunion annuelle 2013 de la WAR

par Paul Davis, M.D., FRCPC

Le soleil brillait et, tradition oblige, certains des plus éminents rhumatologues de l'ouest du Canada se sont rendus au Manteo Resort à Kelowna pour participer à la 11<sup>e</sup> Réunion générale annuelle de la Western Alliance for Rheumatology (WAR). Cet événement reste fidèle au modèle établi dès la réunion inaugurale. La réunion ne propose ni conférences, ni conférenciers d'honneur, ni symposiums commandités : les participants sont les conférenciers. Chaque personne dispose de 15 minutes pour la présentation d'un cas clinique et chaque rhumatologue se targue de dénicher les problèmes cliniques les plus épineux. Cette année, deux cas ont certainement remporté la palme du défi clinique : un cas de morsure d'insectes sur les doigts et un cas de syndrome de Reiter, ou syndrome oculo-urétral-synovial (OUS). Les présentateurs doivent respecter le temps qui leur est alloué, sinon gare à l'intervention des deux intraitables coprésidents, le Dr John Esdaile et moi-même, et au risque d'un bain forcé dans le lac Okanagan!

Un des principaux objectifs de cette réunion demeure de promouvoir la collégialité entre les rhumatologues de l'ouest du Canada et d'inciter les stagiaires de nos régions à participer à cet événement. Cette année encore, nous avons organisé le cours pré-congrès OSCE (*Objective Structured Clinical Objective Examination*), soit la tenue simulée d'un examen clinique structuré objectif en rhumatologie à l'intention des résidents; 11 stagiaires ont participé à ce cours et mesuré leurs aptitudes à l'aune des compétences des Drs Anik Godin, Angela Juby, Stuart Seigel, Kam Shojania et Tony Russell. Les commentaires anonymes sont effectués sur le champ. Même si les « profs » l'ont emporté, les

stagiaires ont relevé brillamment les défis. Et dans les cas où l'ego a pu être un peu froissé, un bon verre de vin de l'Okanagan a vite fait de faire oublier tout ça! Nous incitons également les stagiaires à assister à l'assemblée générale; tous ont répondu à notre invitation, nous démontrant ainsi leur classe et leur professionnalisme...ainsi qu'une élégance vestimentaire à faire rougir leurs mentors. Nous pourrions retenir de la réunion de cette année que l'avenir de la rhumatologie s'annonce brillant.

La science clinique est certes au cœur de la réunion, mais nous pensons depuis toujours que le perfectionnement continu des compétences doit se faire dans une atmosphère bon enfant et que ces activités doivent avoir un volet familial. Les activités sociales comprenaient une réception vins et fromages pour accueillir les participants, une fête d'enfants et un dîner barbecue pour les adultes, tout cela pour promouvoir notre mission. Les fins palais parmi nous apprécient aussi notre dégustation de vins annuelle.

Nous remercions nos collègues du secteur privé de la santé qui nous offrent les subventions sans restrictions pour la tenue de la réunion. Nous espérons pouvoir continuer à bénéficier de leur appui financier et profiter d'une autre belle fin de semaine ensoleillée en 2014.

*Paul Davis, M.D., FRCPC*

*Professeur de médecine, Faculté de médecine et de dentisterie,  
Division de rhumatologie, Université de l'Alberta  
Edmonton, Alberta*

## Des nouvelles de la BCSR

par Jason Kur, M.D., FRCPC, ABIM

L'Association des rhumatologues de la Colombie-Britannique (BCSR [British Columbia Society of Rheumatologists]) poursuit ses efforts pour améliorer la prestation des services de rhumatologie en C.-B. en assumant son rôle de chef de file en cette matière, en se consacrant aussi à la défense des droits et au soutien de ses membres. Dans l'atteinte de ces objectifs, nous avons marqué d'autres bons points sur la côte ouest.

### Octroi de fonds par la BCMA pour le recrutement et la rétention des médecins en C.-B.

Après une attente de plusieurs mois et la soumission de deux

demandes de subventions, la BCSR a réussi à obtenir des fonds pour le recrutement et la rétention des rhumatologues par l'intermédiaire du Programme de recrutement et de rétention de l'Association médicale de la C.-B. (BCMA [British Columbia Medical Association]). M. Eric Harris, c.r., a jugé qu'il était justifié d'allouer 20 millions aux groupes de médecins spécialistes ayant de la difficulté à recruter et à retenir des médecins dans la province. Vingt-six groupes de spécialistes avaient soumis des demandes de fonds. M. Harris a ensuite évalué les demandes à l'aide de certains critères pour déterminer où les besoins de recrutement et de rétention étaient les plus criants.

Dans sa décision, M. Harris a cité les différentes catégories de

A photograph of a woman with short, wavy white hair and a black swimsuit leaning over a young girl with blonde hair in a dark blue swimsuit with white polka dots. They are sitting on the edge of a swimming pool, with the woman smiling and looking at the girl. The background is the clear blue water of the pool.

**SOYEZ «CELECTIF»**

# DÉCOUVREZ CelebrexPro.ca

Voyez si vous pouvez obtenir des **échantillons gratuits**  
et découvrez pourquoi CELEBREX est  
l'AINS le **plus** distribué au Canada<sup>1</sup>

dans la prise en charge de la douleur et de l'inflammation

## CHOISISSEZ CELEBREX<sup>MD</sup>

### INDICATIONS ET USAGE CLINIQUE:

- Pour soulager les symptômes associés à:
  - l'arthrose;
  - la polyarthrite rhumatoïde chez l'adulte;
  - la spondylarthrite ankylosante.
- Pour soulager à court terme ( $\leq 7$  jours) la douleur aiguë modérée ou grave causée entre autres par: les traumatismes des tissus mous et les traumatismes musculo-squelettiques, y compris les entorses; la chirurgie orthopédique; une extraction dentaire.

Chez les patients présentant une vulnérabilité accrue aux effets indésirables cardiovasculaires et/ou digestifs, d'autres stratégies de prise en charge QUI EXCLUENT l'utilisation des AINS devraient être envisagées en première intention.

Afin de réduire au minimum le risque potentiel d'effets indésirables, la dose efficace la plus faible devrait être utilisée pour la durée de traitement la plus courte possible.

CELEBREX n'a PAS D'EFFET sur la maladie ni sur son évolution.

### CONTRE-INDICATIONS:

- Le contexte périopératoire d'un pontage aortocoronarien
- Durant le troisième trimestre de la grossesse
- L'allaitement
- Une insuffisance cardiaque grave non maîtrisée
- Des antécédents de réactions de type allergique aux sulfamides
- Des antécédents de crise d'asthme, d'urticaire ou de réactions de type allergique après la prise d'acide acétylsalicylique (AAS) ou d'un autre anti-inflammatoire non stéroïdien (AINS)

- Un ulcère gastrique, duodénal ou gastro-duodénal en poussée évolutive ou une hémorragie gastro-intestinale évolutive
- Une hémorragie vasculaire cérébrale
- Une maladie intestinale inflammatoire
- Une dysfonction hépatique grave ou une hépatopathie évolutive
- Une insuffisance rénale grave ou une néphropathie qui s'aggrave
- Une hyperkaliémie avérée
- Les personnes de moins de 18 ans

### MISES EN GARDE ET PRÉCAUTIONS IMPORTANTES:

- **Risque de manifestations indésirables cardiovasculaires:** cardiopathie ischémique, maladie vasculaire cérébrale, insuffisance cardiaque (classes II à IV de la NYHA)
  - Certains AINS sont associés à une fréquence accrue de manifestations indésirables cardiovasculaires qui peuvent être mortelles.
  - Les AINS peuvent favoriser une rétention sodique, ce qui peut faire augmenter la tension artérielle ou exacerber une insuffisance cardiaque existante.
- **Risque de manifestations gastro-intestinales indésirables:** les AINS sont associés à une fréquence accrue de manifestations comme des ulcérations, des perforations, des obstructions et des hémorragies.
- **Risque durant la grossesse:** la prudence est de mise durant les premier et deuxième trimestres.

### AUTRES MISES EN GARDE ET PRÉCAUTIONS PERTINENTES:

- Pas recommandé en association avec d'autres AINS (à l'exception de l'AAS à faible dose)
- Risque chez les patients ayant une atteinte rénale
- Surveillance de la tension artérielle, de la fonction rénale et de la vue
- Prise concomitante de warfarine
- Dyscrasies sanguines
- Anomalies des résultats des épreuves de la fonction hépatique
- Risque accru d'hyperkaliémie
- Réactions d'hypersensibilité: réaction anaphylactoïde, intolérance à l'AAS, réaction croisée entre les AINS, réactions cutanées graves
- Effets indésirables neurologiques
- Vue brouillée ou baisse de l'acuité visuelle
- Altération possible de la fertilité
- Métaboliseurs lents de la CYP 2C9
- Association entre certains AINS et des symptômes urinaires persistants, une hématurie ou une cystite
- Dans de rares cas, méningite aseptique avec certains AINS

### POUR OBTENIR DE PLUS AMPLES RENSEIGNEMENTS:

Veuillez consulter la monographie de produit à l'adresse [http://www.pfizer.ca/fr/our\\_products/products/monograph/125](http://www.pfizer.ca/fr/our_products/products/monograph/125) pour obtenir des renseignements importants sur les effets indésirables, les interactions médicamenteuses et la posologie qui n'ont pas été mentionnés dans le présent document. **Vous pouvez également obtenir la monographie complète du produit en composant le 1-800-463-6001.**

Référence: 1. Données d'IMS, octobre 2012 – mars 2013. Marché des AINS, données mensuelles, ordonnances.



©2013

Pfizer Canada Inc.  
Kirkland (Québec)  
H9J 2M5

M.D. de Pfizer Inc., utilisée sous licence  
CELEBREX, M.D. de G. D. Searle LLC  
Pfizer Canada Inc., licencié



Ensemble, vers un monde en meilleure santé™

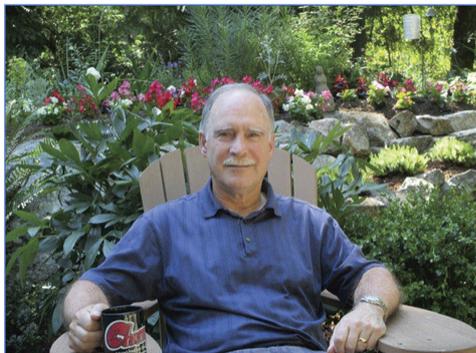
CÉLÉCOXIB

CELEBREX<sup>MD</sup>

spécialités pour lesquelles les difficultés de recrutement sont les plus grandes. Les spécialités du groupe A ayant les besoins les plus importants sont l'endocrinologie, la gériatrie, la neurologie, la pédiatrie et la rhumatologie. Ces groupes ont reçu la subvention la plus élevée par médecin équivalent temps plein. Seulement 13 groupes se sont vu accorder du financement selon cette méthode. Au total, 975 000 \$ ont été alloués au nouveau financement des projets visant à soutenir l'exercice de la rhumatologie à travers la C.-B. Dans notre proposition soumise à l'arbitre de la BCMA, nous avons décrit nos stratégies pour accroître la force d'attraction et le degré de satisfaction liés à l'exercice de la rhumatologie aux yeux des médecins qui traiteront des patients atteints de maladies rhumatismales complexes.

### Services de professionnels en soins infirmiers en C.-B

Plus de la moitié des cabinets de rhumatologues en C.-B. font appel aux services d'infirmières et d'infirmiers. Le recours aux services de professionnels en soins infirmiers a augmenté de façon spectaculaire depuis l'application du code de consultation multidisciplinaire qui autorise les rhumatologues à faire participer une infirmière ou un infirmier au plan de traitement d'un patient. Au printemps dernier, à Vancouver, la BCSR a tenu sa première séance de formation des rhumatologues sur l'organisation des soins infirmiers en cabinet privé; elle prévoit tenir d'autres séances à l'intention des rhumatologues de l'île de Vancouver et de l'intérieur de la C.-B.



Dr Paul de Champlain, détenteur, profite de sa retraite.

### Site Web

La BCSR est très fière d'annoncer le lancement de son premier site Web, [www.bcrheumatology.ca](http://www.bcrheumatology.ca). Le site propose à nos membres des ressources pertinentes à la pratique de la rhumatologie; les interfaces reliées à la défense des droits et aux relations avec les médias aident la population à mieux connaître les rhumatologues.

La BCSR tient à féliciter le Dr Paul de Champlain à l'occasion de sa retraite toute récente. Paul a commencé à exercer à Victoria en

1979 après avoir terminé sa formation en rhumatologie à Calgary et ses études de médecine à Edmonton. À titre de rhumatologue dans la collectivité, Paul a travaillé inlassablement pendant 34 ans. Modèle de fiabilité, on le surnomme M. Fiable : il a toujours rempli ses obligations de manière organisée et méticuleuse, tant auprès de la communauté que de ses collègues. Golfeur émérite, il recueille l'estime de tous ses collègues dans le milieu médical. Nous lui offrons nos meilleurs vœux pour sa nouvelle vie moins trépidante dans de verts pâturages, ou plus simplement, sur les « verts et les allées ».

*Jason Kur, M.D., FRCPC, ABIM*

*Professeur adjoint de clinique, Université de la Colombie-Britannique*

*Président, Association des rhumatologues de la Colombie-Britannique*

*Co-directeur, Pacific Arthritis Centre  
Vancouver, Colombie-Britannique*

## Cours intermédiaire/avancé sur l'ultrasonographie musculosquelettique

### Exigence du cours :

- Connaissances de base et pratique de l'échographie

### Faits saillants du cours :

- Tuteurs canadiens et internationaux, dont Dre Alessandra Bruns (directrice), Dr Johannes Roth, Dre Margaret Larché, Dre Lene Terslev, Dre Ingrid Moller, Dr David Bong et Dr Walter Grassi
- Équipement haut de gamme. Faible ratio élèves-enseignant
- Axé sur l'échographie des mains/poignets et pieds/chevilles
- Accent mis sur la sonoanatomie et le Doppler
- Aspects « adulte » et « enfant », tous deux admissibles à l'agrément des activités de DPC

**Lieu :** Hôtel Fairmont Chateau Whistler, Colombie-Britannique

**Date :** 24 et 25 février 2014

### Coût :

- 750 \$ – Aspect « Adulte »
- 250 \$ – Aspect « Enfant »
- 25 % de rabais pour les boursiers/stagiaires
- 25 % de RABAIS PRÉINSCRIPTION si vous vous inscrivez avant le 31 décembre

**Pour vous inscrire et pour plus d'informations, écrivez à [info@ecrus.ca](mailto:info@ecrus.ca) ou visitez le site de la SURC à l'adresse [www.crus-surc.ca/en/courses](http://www.crus-surc.ca/en/courses)**



# Réunion annuelle de la British Society for Rheumatology

par John Thomson, M.D., FRCPC

J'ai assisté à la réunion annuelle de la British Society for Rheumatology (BSR) du 23 au 25 avril 2013, à Birmingham, en Angleterre. Birmingham, deuxième plus grande ville du pays, compte 2 300 000 habitants dans sa grande région métropolitaine. La ville est située à environ 140 km au nord-ouest de Londres, dans la région des Midlands de l'Ouest. Sur le plan historique, il importe de savoir que Birmingham a été la première ville industrielle dans le monde et qu'elle a été au cœur de la révolution industrielle. Aujourd'hui, Birmingham est un important centre de commerce et de savoir; elle compte en effet six universités sur son territoire. Leur ville étant familièrement appelée « *Brum* », les habitants de la ville sont des « *Brummies* ». Birmingham se révèle une cité vibrante et célèbre pour ses nombreux pubs et ses excellents restaurants de cuisine indienne, ce dont je peux témoigner personnellement.

La réunion annuelle de la BSR s'est déroulée sur trois jours dans le splendide immeuble de l'International Convention Centre au centre-ville de Birmingham; l'hébergement y est facile en raison des nombreux hôtels situés à distance de marche du centre des congrès. Les conférenciers venaient principalement du Royaume-Uni; l'événement a attiré environ 2 100 participants, pour la plupart du Royaume-Uni, de l'Irlande et de l'Europe continentale. L'auditoire comptait aussi un bon nombre de participants du Moyen-Orient et un petit groupe de Canadiens. Les professionnels paramédicaux étaient également bien représentés, tant sur le plan du nombre que de la qualité de leur programme scientifique.

Comme à l'habitude, le programme scientifique comprenait les séances d'affiches, les communications orales, les symposiums et les conférences formelles. La très grande qualité des présentations mérite d'être soulignée. Voici quelques points saillants de la réunion. Le Dr Paul Emery, invité à présenter la conférence Heberden, a décrit le changement de paradigme survenu dans le traitement de la polyarthrite rhumatoïde (PR) au cours des 20 dernières années. La Dr Kimme Hyrich, une Canadienne maintenant établie à Manchester, R.-U., a résumé les conclusions de l'analyse du Registre des médicaments biologiques dans le traitement de la PR (BSR) pour ce qui touche le risque de cancer



Le Dr Thomson en promenade joue les touristes à Birmingham à l'occasion de la réunion 2013 de la BSR.

dans le traitement par les anti-TNF. J'ai aussi assisté à une communication orale sur la myosite dont l'auteur a présenté de l'information précieuse provenant des centres d'excellence au R.-U. Tout aussi fascinante a été la communication sur la place croissante qu'occupe l'épigénétique dans les maladies rhumatismales.

Cette réunion se démarque par sa qualité et son organisation efficace, car il est facile de s'y retrouver dans les différentes activités malgré la taille de l'événement : elle est légèrement plus imposante que la réunion annuelle de la SCR, mais beaucoup moins que les réunions de l'European League Against Rheumatism (EULAR) et de l'American College of Rheumatology (ACR). Le total des frais pour assister à cette réunion s'avère très raisonnable, car même si le prix du transport aérien vers l'Angleterre reste élevé, les frais d'hébergement sont moindres dans une ville relativement moins grande. Je n'hésite pas à recommander cette réunion scientifique et je compte bien y assister de nouveau.

*John Thomson, M.D., FRCPC  
Professeur adjoint, Département de médecine,  
Division de rhumatologie, Université d'Ottawa  
Membre du personnel, L'Hôpital d'Ottawa  
Ottawa, Ontario*

# L'éthique en rhumatologie

par Emily J. McKeown, M. Sc., M.D., FRCPC

Combien de fois avez-vous quitté votre clinique après une journée chargée en vous disant : « Si seulement cette patiente atteinte de polyarthrite rhumatoïde (PR) séronégative avait eu un résultat positif pour le facteur rhumatoïde (FR), le Programme d'accès exceptionnel (PAE) défraierait le traitement par un agent biologique. » Peut-être avez-vous aussi réfléchi à ce que vous auriez dû répondre au représentant pharmaceutique qui souhaitait vous rencontrer pour discuter de son plus récent médicament? Peut-être vous êtes-vous rappelé votre sentiment d'impuissance face à l'évolution inéluctable de la PR chez ce patient qui refusait obstinément le traitement par un antirhumatismal modificateur de la maladie (ARMM), refus que vous avez respecté au nom de l'autonomie du patient?

Au sein de notre société de rhumatologie, combien de fois nous sommes-nous réunis pour étudier ces questions? Nous avons déjà trop tardé et le moment est venu de le faire. C'est ce qui nous a motivés, les Drs Carter Thorne, Heather McDonald-Blumer, Ronald MacKenzie et moi-même, ainsi que des bénévoles au sein de divers comités, à réfléchir aux enjeux éthiques perçus dans le milieu de la rhumatologie; la SCR nous secondera dans cette démarche. Notre étude se fonde sur une enquête similaire menée aux États-Unis par l'American College of Rheumatology (ACR), sous la direction du Dr MacKenzie, un cochercheur de l'enquête canadienne. La SCR, soucieuse de remplir son mandat d'améliorer la pratique de ses membres, s'occupera du volet administratif de l'étude. Notre enquête portera sur cinq thèmes principaux :

1. Connaissance des problèmes quotidiens liés à l'éthique.
2. Perception des enjeux éthiques en recherche clinique et fondamentale.
3. Perception des effets potentiels des relations avec l'industrie sur le travail quotidien des rhumatologues.
4. Compréhension des conflits d'intérêts.
5. Formation personnelle en éthique médicale.

Notre objectif est de répertorier les enjeux éthiques déjà connus des rhumatologues canadiens, de les comparer avec les enjeux décrits dans les conclusions de l'étude américaine en vue d'en établir les caractéristiques. Vu les dissimilitudes de nos systèmes de santé respectifs, nous voulons déterminer s'il existe des différences entre les enjeux au Canada et aux États-Unis pour ce qui touche le financement et l'emploi des

médicaments administrés par perfusion ou injection ainsi que la prestation des soins de santé.

Nous avons récemment formé un Comité d'éthique par l'entremise de la SCR. Ce comité compte neuf membres, dont un pédorhumatologue et des rhumatologues de toutes les régions du Canada. Ce comité sera informé des résultats de notre enquête et il pourra ensuite conseiller la SCR sur les orientations et la vision à adopter pour promouvoir le dialogue entre les membres de la SCR. Ces résultats seront également soumis pour être présentés à la Réunion scientifique annuelle de la SCR en 2014 et pour publication éventuelle.

Ce travail de recherche aura un retentissement sur les futures activités de formation à tous les niveaux. Nous espérons pouvoir reconnaître des problèmes d'éthique généralisés, souvent non perçus, ce qui pourrait aider à élaborer des modules de formation spéciaux à l'intention des résidents qui se spécialisent en rhumatologie. Soulignons



aussi que la littérature en rhumatologie est avare d'articles sur les principaux enjeux liés à l'éthique. Nous espérons donc accroître et élaborer les activités éducatives pour les rhumatologues praticiens. Nous aurons à tout le moins le mérite d'avoir ramené à l'avant-plan les discussions sur l'éthique en rhumatologie, un premier pas fort louable.

Nous avons bon espoir que les membres de la SCR participeront à cette enquête prochaine. Nous vous ferons parvenir l'hyperlien sous peu. Nous accordons une grande importance à vos commentaires et nous avons hâte de vous lire. Pour de plus amples renseignements à propos de notre groupe, veuillez communiquer avec la Dre Emily McKeown, coordonnatrice de l'étude ([emily.mckeown@sunnybrook.ca](mailto:emily.mckeown@sunnybrook.ca)).

*Emily J. McKeown, M. Sc., M.D., FRCPC  
Rhumatologue, Sunnybrook Health Sciences Centre  
Toronto, Ontario*

# Lignes directrices pour la PR : Pratiques des rhumatologues du Canada par rapport aux recommandations de la SCR pour le traitement de la PR (3<sup>e</sup> partie)

par Sankalp Bhavsar, M.D., FRCPC, au nom de Carter Thorne, M.D., FRCPC, FACP, Claire Bombardier, M.D., FRCPC, Vivian P. Bykerk, M.D., FRCPC, Glen S. Hazlewood, M.D., FRCPC, Pooneh Akhavan, M.D., FRCPC, Orit Schieir, M. Sc., et Sanjay Dixit, M.D., FRCPC

Dans cette section, nous vous présentons les résultats du sondage sur le traitement par les antirhumatismaux modifiant la maladie (ARMM) classiques et biologiques.

Recommandation/preuve à l'appui : American College of Rheumatology (ACR) 2012<sup>1</sup>, National Institute of Clinical Excellence (NICE) 2009<sup>2</sup>, European League Against Rheumatism (EULAR) 2013<sup>3</sup>, Visser 2009<sup>4</sup>.

1. Concernant le traitement de la polyarthrite rhumatoïde (PR) par l'association d'antirhumatismaux modifiant la maladie (ARMM), lequel des énoncés suivants est vrai?  
Réponse : Tous les énoncés.

Différentes lignes directrices de très haute qualité tirent des conclusions différentes de la même littérature scientifique. Même si l'ensemble des données probantes à l'appui du traitement d'association comporte quelques limites, il existe suffisamment de résultats d'études pour envisager l'association de certains ARMM pour le traitement initial ou en cas de réponse insatisfaisante à la monothérapie, ou les

Tableau 1. Concernant le traitement de la polyarthrite rhumatoïde (PR) par l'association d'antirhumatismaux modifiant la maladie (ARMM), lequel des énoncés suivants est vrai?

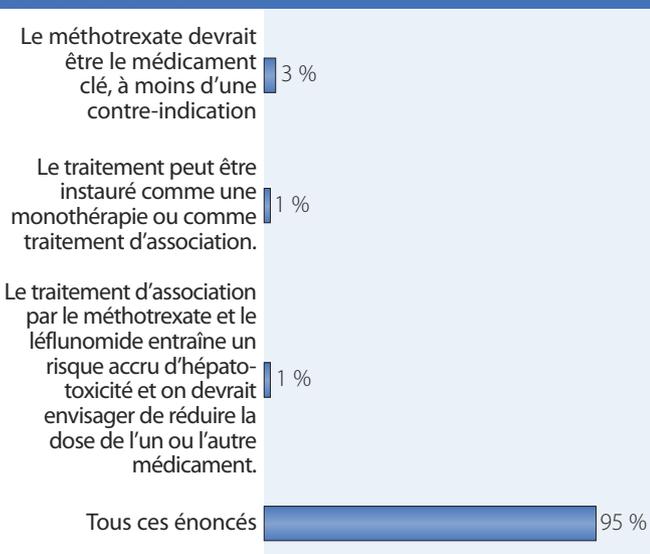
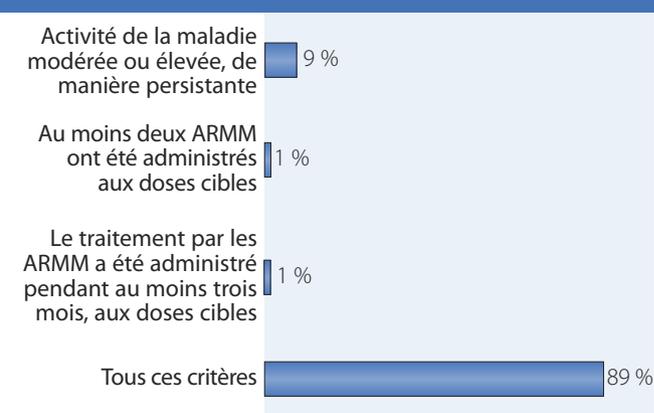


Tableau 2. Lorsque vous envisagez d'instaurer un traitement par un agent biologique, quels critères parmi les suivants établissent que la réponse aux ARMM est insatisfaisante?



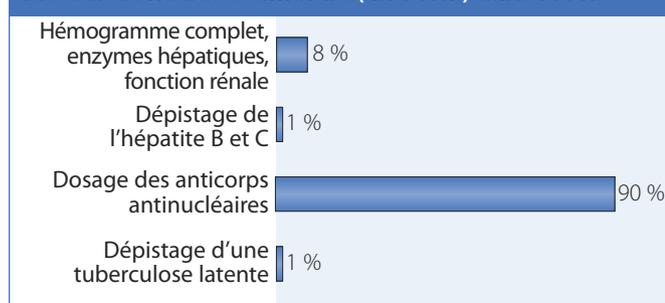
## QUE FAIT LA SCR POUR VOUS?

deux, en particulier chez les patients ayant des caractéristiques pronostiques défavorables, une activité modérée ou élevée de la maladie ou une PR d'apparition récente.

Les preuves scientifiques justifient l'emploi du méthotrexate (MTX) comme médicament clé dans un traitement d'association, bien que d'autres associations d'ARMM puissent également être envisagées. Plusieurs traitements d'association différents se sont révélés efficaces dans la PR, mais il existe trop peu de résultats d'étude ayant comparé directement l'efficacité de différentes combinaisons de médicaments. Le choix de la combinaison médicamenteuse devrait être laissé à la discrétion du rhumatologue qui prendra cette décision de concert avec son patient, à la lumière des circonstances propres à ce patient.

Des essais comparatifs à répartition aléatoire ont produit des résultats qui démontrent l'efficacité du MTX en association avec le léflunomide (LEF) chez des patients atteints d'une PR très active, mais ne réagissant pas de manière satisfaisante à la monothérapie par le MTX. De nombreux patients ont été traités avec succès par la combinaison MTX + LEF sans manifester d'effets indésirables graves; en général toutefois, d'autres traitements d'association dont l'efficacité est éprouvée seraient préférables à la combinaison MTX + LEF à cause du risque plus élevé d'effets indésirables gastro-intestinaux et d'hépatotoxicité. Le plus souvent, le traitement d'association incluant le LEF est envisagé en cas de réponse insatisfaisante au MTX et dans une telle situation, il n'est pas souhaitable de retirer le MTX en vue de traiter par le LEF, car la PR risque d'être encore moins bien maîtrisée. Si on choisit la combinaison LEF + MTX, il importe de mesurer les enzymes hépatiques chaque mois et de vérifier s'il est possible de réduire la dose de LEF (à 10 mg) ou de MTX. De même, les cliniciens doivent être prudents lorsqu'ils combinent le LEF à d'autres médicaments pouvant causer une atteinte hépatique.

**Tableau 3. Parmi les épreuves de laboratoire de base suivantes, lesquelles ne sont pas toujours requises avant le début du traitement par un inhibiteur du facteur de nécrose tumorale (anti-TNF) dans la PR?**



2. Lorsque vous envisagez d'instaurer un traitement par un agent biologique, quels critères parmi les suivants établissent que la réponse aux ARMM est insatisfaisante?

Réponse : Tous ces critères.

Recommandation/preuve à l'appui : NICE 2009<sup>2</sup>.

Les agents biologiques, malgré leur efficacité éprouvée chez les patients qui manifestent une réponse insatisfaisante aux ARMM et chez ceux qui n'ont jamais été traités par un ARMM, entraînent des coûts plus élevés et un risque accru de toxicité. Un traitement antérieur par deux ARMM en monothérapie ou en association pourrait induire une réponse aux ARMM, tandis que l'instauration hâtive d'un médicament biologique pourrait être requise pour atteindre l'objectif thérapeutique. Pour la plupart des ARMM, un traitement aux doses cibles durant trois mois permet d'observer un effet thérapeutique tout en réduisant au minimum les délais dans l'ajustement du traitement.

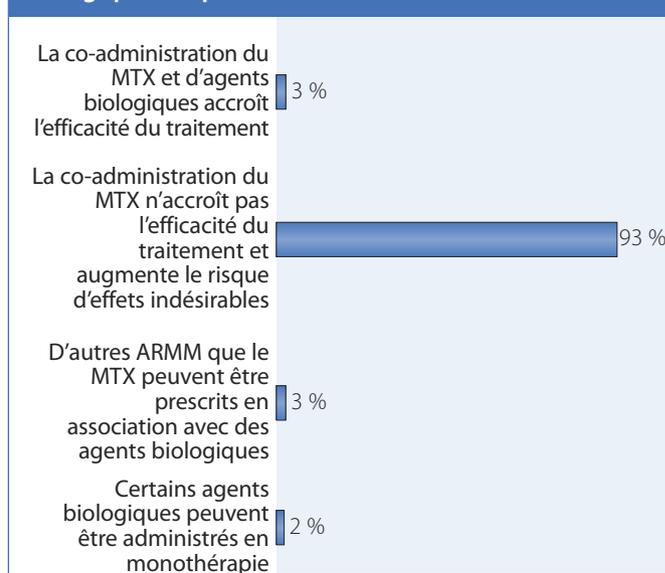
3. Parmi les épreuves de laboratoire de base suivantes, lesquelles ne sont pas toujours requises avant le début du traitement par un inhibiteur du facteur de nécrose tumorale (anti-TNF) dans la PR?

Réponse : Dosage des anticorps antinucléaires (AAN).

Recommandation/preuve à l'appui : Australian Rheumatology Association (ARA) 2010<sup>5</sup>, ACR 2012<sup>1</sup>.

Même si les preuves à l'appui des lignes directrices en vigueur sont faibles, les recommandations de l'ACR et de l'ARA sont raisonnables. Les cliniciens pourraient envisager d'ordonner un dosage des AAN, car cette information pour-

**Tableau 4. Parmi les énoncés suivants sur le traitement de la PR par l'association d'ARMM et d'agents biologiques, lequel est faux?**



rait être utile dans le cas de patients qui manifestent des symptômes de type lupique. D'après l'opinion d'experts, les preuves sont insuffisantes pour recommander le dosage spécifique des immunoglobulines ou la mesure des concentrations de lymphocytes B avant l'instauration du traitement par le rituximab. Il pourrait aussi être nécessaire d'ordonner des tests pertinents au traitement d'affections concomitantes ou à l'évaluation du risque cardiovasculaire chez les patients traités par un agent biologique, mais cet aspect dépasse la portée des lignes directrices sur la PR.

4. Parmi les énoncés suivants sur le traitement de la PR par l'association d'ARMM et d'agents biologiques, lequel est faux?

Réponse : La co-administration du MTX ne confère pas une efficacité accrue du traitement et elle entraîne plus d'effets indésirables.

Recommandation/preuve à l'appui : EULAR 2013<sup>3</sup>, Furst 2010<sup>6</sup>, Fautrel 2010<sup>7</sup>.

La recommandation de co-administrer le MTX avec des agents biologiques est fondée sur des preuves concluantes. Dans les cas où le MTX est contre-indiqué, on recommande de prescrire un autre ARMM. S'il est impossible de prescrire un traitement d'association par le MTX et un autre ARMM, certains agents biologiques pourraient être administrés en monothérapie. Létanercept, l'adalimumab, le certolizumab, l'abatacept et le tocilizumab sont homologués pour la monothérapie au Canada. Par ailleurs, il se peut que les patients dont l'activité de la PR est faible de manière stable sous l'effet d'une monothérapie par un agent biologique

n'aient pas besoin de recommencer à recevoir un ARMM.

Pour de plus amples renseignements sur ces recommandations et sur les preuves à l'appui, veuillez consulter le document des lignes directrices sur la PR publiées par la SCR à l'adresse : [www.rheum.ca/en/publications/cra\\_ra\\_guidelines](http://www.rheum.ca/en/publications/cra_ra_guidelines).

#### Références :

1. Singh JA, Furst DE, Bharat A, et coll. 2012 update of the 2008 American College of Rheumatology recommendations for the use of disease-modifying antirheumatic drugs and biologic agents in the treatment of rheumatoid arthritis. *Arthritis Care Res* 2012; 64(5):625-39.
2. National Institute of Clinical Excellence (NICE). Rheumatoid arthritis: The management of rheumatoid arthritis in adults: NICE clinical guidance 79; 2009. Disponible à l'adresse : [http://www.nice.org.uk/nicemedia/pdf/CG79NICE\\_Guideline.pdf](http://www.nice.org.uk/nicemedia/pdf/CG79NICE_Guideline.pdf)
3. Smolen JS, Landewé R, Breedveld FC, et coll. EULAR recommendations for the management of rheumatoid arthritis with synthetic and biological disease-modifying antirheumatic drugs: 2013 update. *Ann Rheum Dis* 2013. [publication électronique avant impression]
4. Visser K, Katchamart W, Loza E, et coll. Multinational evidence-based recommendations for the use of methotrexate in rheumatic disorders with a focus on rheumatoid arthritis: integrating systematic literature research and expert opinion of a broad international panel of rheumatologists in the 3E Initiative. *Ann Rheum Dis* 2009; 68(7):1086-93.
5. Australian Rheumatology Association (ARA). Updated recommendations for the use of biologic agents for the treatment of rheumatic diseases; 2010. Disponible à l'adresse : <http://www.rheumatology.org.au/otherpages/biological-guidelines.asp>
6. Furst DE, Keystone EC, Fleischmann R, et coll. Updated consensus statement on biological agents for the treatment of rheumatic diseases 2009. *Ann Rheum Dis* 2010; 69 Suppl 1:i2-29.
7. Fautrel B, Pham T, Mouterde G, et coll. Recommendations of the French Society of Rheumatology regarding TNF alpha antagonist therapy in patients with rheumatoid arthritis. *Joint Bone Spine* 2007; 74(6):627-37.

*Sankalp Bhavsar, M.D., FRCPC, boursier en rhumatologie, Université McMaster, Hamilton (Ontario). Au nom de : Carter Thorne, M.D., FRCPC, FACP, Claire Bombardier, M.D., FRCPC, Vivian P. Bykerk, M.D., FRCPC, Glen S. Hazlewood, M.D., FRCPC, Pooneh Akhavan, M.D., FRCPC, Orit Schieir, M. Sc. et Sanjay Dixit, M.D., FRCPC*

## Concours de photos 2014

**Nous voulons voir des gens et découvrir des lieux!**

N'oubliez pas les piles ou le chargeur de votre appareil photo pour le 9<sup>e</sup> concours de photos annuel de la SCR, à Whistler, en Colombie-Britannique. Soumettez vos meilleures **clichés de lieux ou de gens** par voie électronique d'ici **le 1<sup>er</sup> avril 2014** et vous courrez la chance de gagner un sac à dos de la SCR!

Veuillez soumettre vos photos à Katia Ostrowski, à l'adresse [katiao@sta.ca](mailto:katiao@sta.ca)

Les photos gagnantes seront publiées dans le numéro d'été 2014 du *JSCR*.



# Janet Markland

par Bindu Nair, M.D., FRCPC



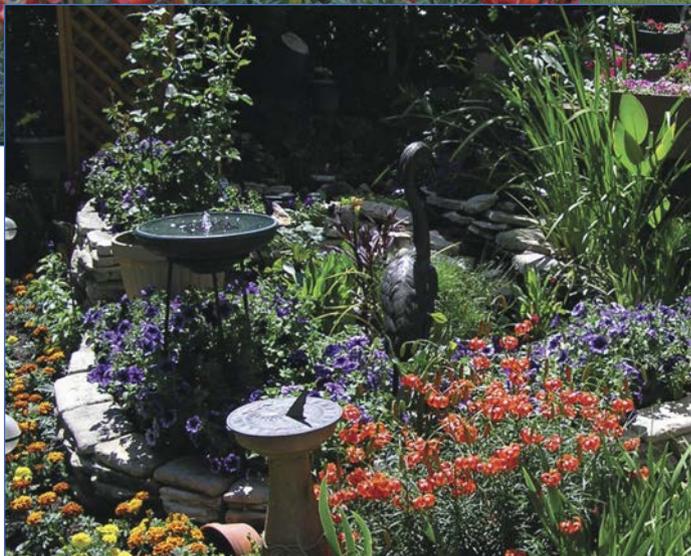
1948 - 2013

Notre collègue, la Dre Janet Markland, est décédée le 30 août 2013 d'une leucémie lymphoïde chronique. Au moment de son décès, Janet était professeure clinicienne de médecine et elle exerçait la rhumatologie à Saskatoon, en Saskatchewan, depuis plus de 30 ans. Janet a obtenu son baccalauréat spécialisé en biologie, avec un intérêt spécial pour la génétique moléculaire, à l'Université de la Saskatchewan en 1970. Elle a ensuite poursuivi ses études de médecine à cette même université et obtenu son doctorat en 1975. Diplômée en médecine interne en 1979, elle a choisi la surspécialisation en rhumatologie et elle a complété ces études supérieures en 1982. C'est au cours de ses études que Janet a rencontré et épousé Don Drysdale; elle a pris deux périodes de congé à la naissance de leurs deux enfants, Heather et Mark.

Parmi les cabinets de rhumatologie clinique à Saskatoon, celui de Janet accueillait le plus grand nombre de patients. Son dévouement envers ses patients était bien connu et il suscitait un désir d'émulation chez les tous les stagiaires qu'elle a supervisés. En plus de se consacrer à ses heures de clinique régulières à Saskatoon durant la semaine, Janet organisait souvent des cliniques satellites dans de petites

communautés de la Saskatchewan durant les fins de semaine. Au cours des dernières années, elle a supervisé les cliniques de télémédecine pour dispenser des services de santé aux patients qui habitent loin des centres urbains. Comme beaucoup d'entre nous le savent, Janet était de ces médecins qui, si on le leur demande, acceptent d'accueillir un nouveau patient ou de combler un quart de garde imprévu. Elle faisait preuve de l'éthique professionnelle la plus rigoureuse, mais aussi d'un optimisme à toute épreuve. L'an dernier, au cours d'une réunion où l'on discutait de la pénurie croissante des ressources pour les soins aux patients et l'enseignement, Janet a simplement souri et déclaré : « Dites-moi ce que je peux faire pour être utile. Nous sommes capables de régler ce problème. »

Janet était une formatrice enthousiaste; au fil des ans, elle a joué le rôle de mentor auprès de nombreux résidents et étudiants en médecine. Janet participait activement à la vie de la SCR, en particulier au sein du comité des ressources humaines et du comité éditorial du *JSCR*. Certains projets de la SCR lui tenaient particulièrement à cœur, et plus particulièrement le projet mis en œuvre pour veiller à ce que les résidents de partout au Canada puissent se procurer des



manuels de rhumatologie. En 2007, l'Université de la Saskatchewan a reconnu l'excellence de son travail de formatrice en lui remettant le Prix d'excellence en enseignement de la Faculté de médecine. Janet a toujours été à l'affût des innovations et elle fut l'une des premières cliniciennes à Saskatoon à adopter le dossier médical électronique (DME). Par la suite, elle a agi à titre de conseillère entre pairs en matière de DME au sein de l'Association médicale de la Saskatchewan. Janet manifestait aussi un vif intérêt pour la recherche; elle dirigé le centre saskatchewanais du Registre des patients du Groupe de recherche canadien sur la sclérodémie et elle a contribué à de nombreuses publications scientifiques.

Beaucoup d'entre nous savent que Janet vouait une véritable passion au jardinage. Dans son jardin d'une remarquable beauté, elle aimait réunir sa famille et ses amis. Les visites de ce jardin exceptionnel se sont transformées en activités de

collecte de fonds pour les associations locales de sclérodémie et de lupus. Janet a continué de s'occuper de ses patients, même après avoir reçu le diagnostic de LLC et entre les séances de chimiothérapie. Après avoir fermé son cabinet médical, elle projetait de continuer à enseigner. À l'annonce de son décès, des collègues de partout au pays ont fait parvenir des messages qui louangeaient son dévouement et son engagement envers la promotion des soins et de la formation en rhumatologie. Notre chère collègue et amie, la Dre Janet Markland, laisse un souvenir impérissable.

*Bindu Nair, M.D., FRCPC*

*Professeure agrégée*

*Université de la Saskatchewan*

*Chef de la Division de rhumatologie,*

*Département de médecine, Royal University Hospital  
Saskatoon, Saskatchewan*

# Bonnes nouvelles de Halifax

par Trudy Taylor, M.D., FRCPC

Chaque été nous rappelle comme il fait bon vivre dans les Maritimes! Il suffit de choisir parmi les multiples activités qui nous sont proposées, qu'il s'agisse des festivals de musique et des pièces de théâtre en plein air ou d'une belle journée chaude et ensoleillée à la plage ou au golf. Et que dire des plaisirs de la table – c'est la période d'abondance pour les poissons et les crustacés, les légumes et les fruits frais!

Nous sommes neuf rhumatologues (huit à temps plein et un à temps partiel) au service des patients de la Nouvelle-Écosse, de l'Île-du-Prince-Édouard et des régions de l'ouest de Terre-Neuve-et-Labrador. Halifax est notre point d'ancrage, à l'exception d'un rhumatologue installé à Lunenburg et d'un autre à Sydney.

C'est avec enthousiasme que nous abordons cette nouvelle année universitaire et les changements survenus à la division de rhumatologie de l'Université Dalhousie au cours des derniers mois :

- Après sept ans d'un engagement indéfectible, le Dr Volodko Bakowsky a passé le flambeau de la direction du Programme de formation en rhumatologie de l'adulte à l'Université Dalhousie à l'humble auteure de ces lignes. J'ai eu l'immense chance de recevoir ma formation en rhumatologie de l'adulte ici même, en Nouvelle-Écosse, où j'ai choisi de m'installer pour poursuivre ma carrière de rhumatologue universitaire en accordant un intérêt particulier à l'enseignement. Ce nouveau rôle marquera, j'en suis certaine, une étape à la fois enrichissante et stimulante dans ma jeune carrière de professeure de médecine que j'entreprends avec beaucoup d'enthousiasme.
- Fière de sa chance, la Division de rhumatologie accueille les deux plus récents diplômés de notre programme de rhumatologie : la Dre Alexa Smith et le Dr Markus Klaus, qui exerceront dans la région de Halifax. Tous deux combineront la rhumatologie en milieu universitaire et en cabinet privé. Bienvenue dans notre cercle!
- Nous souhaitons aussi la bienvenue à notre stagiaire fraîchement inscrit, le Dr Sam Aseer, qui vient de terminer ses trois premières années de formation en médecine interne. Il devient donc le collègue de la Dre Elana Murphy qui poursuit sa deuxième année de formation en rhuma-



Les glorieuses couleurs de l'automne du Cap-Breton.

tologie. Par ailleurs, l'Association des rhumatologues de l'Atlantique (SOAR [Society of Atlantic Rheumatologists]) a tenu, de manière fort impressionnante, sa 30<sup>e</sup> Assemblée générale annuelle en juin 2013 au Shaw's Cottages à l'Île-du-Prince-Édouard et, de l'avis de tous, cet événement fut un franc succès. Les participants ont assisté aux conférences présentées par le Dr John Stone et la Dre Susan Manzi, et ils ont profité pleinement de la plage, du golf, des repas de homard et de la magnifique température.

Nous pensons déjà au plaisir d'assister à l'un des événements marquants de l'année : le festival international Couleurs celtiques qui se déroule chaque automne à l'île du Cap-Breton. Durant ces neuf jours, 46 concerts sont présentés dans différentes parties de l'île avec, en toile de fond, les paysages aux flamboyantes couleurs. Si vous avez un jour l'occasion de visiter la Nouvelle-Écosse en octobre, ne manquez surtout pas ce festival, un incontournable de tout séjour.

*Trudy Taylor, M.D., FRCPC*

*Chargé de cours, Faculté de médecine, Université Dalhousie  
Directeur de programme, Programme de formation de  
rhumatologie adulte, Université Dalhousie  
Halifax, Nouvelle-Écosse*

# La capillaroscopie en rhumatologie

par Geneviève Gyger, M.D., FRCP, et Marie Hudson, M.D., FRCPC

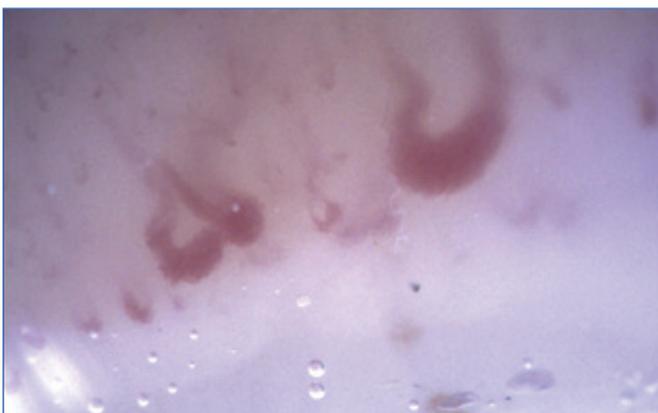
Une femme âgée de 40 ans est orientée à la clinique de rhumatologie pour une capillaroscopie périunguëale. Hormis la présence du phénomène de Raynaud depuis 10 ans, la patiente ne présente aucun antécédent médical pertinent; elle ne fume pas. Elle a trois enfants en santé et n'a subi aucune fausse-couche. Elle ne prend aucun médicament. Les antécédents familiaux ne révèlent rien de particulier et montrent qu'il n'y a aucun antécédent du phénomène de Raynaud dans la parenté. À l'interrogatoire, la patiente déclare qu'elle ne souffre pas de brûlures gastriques, d'essoufflement, d'arthrite et qu'elle ne manifeste aucun autre symptôme d'une atteinte du tissu conjonctif. L'examen physique confirme l'absence de sclérodactylie, du signe de la nuque, de plis péribuccaux plus marqués et d'épaississement de la peau; en revanche, l'examen met en évidence deux télangiectasies sur la face interne de la lèvre inférieure. La recherche d'anticorps anti-antigène nucléaire soluble (ENA, pour *extractible nuclear antigen*), y compris les anticorps anti-topoisomérase I a été négative. Par contre, la vidéocapillaroscopie périunguëale (DS Medica, grossissement x200) a montré un aspect caractéristique d'une sclérodémie active (Figure 1).

## Cette patiente est-elle atteinte de sclérodémie?

D'après des études épidémiologiques, la fréquence du phénomène de Raynaud est de l'ordre de 2 à 22 % et dans environ 15 % de ces cas, ce trouble est associé à la sclérodémie généralisée (ScG)<sup>1,2</sup>. Parmi les personnes qui manifestent le phénomène de Raynaud, lesquelles sont susceptibles d'être tôt ou tard atteintes de ScG? Une étude prospective menée durant 20 ans auprès de 586 patients atteints du phénomène

de Raynaud a montré que des anomalies détectées à la capillaroscopie périunguëale de référence, couplées à la présence d'auto-anticorps spécifiques de la ScG (anti-protéine B du centromère [CENP-B, pour *centromere protein B*], anti-topoisomérase I, anti-Th/To, ou anti-ARN-polymérase III), se sont révélées d'excellents prédicteurs de la constitution d'une ScG, alors que l'absence de ces facteurs permettait pratiquement d'écarter une telle issue. En effet, les patients qui manifestaient ces deux anomalies au début de l'étude avaient un risque 60 fois plus élevé d'être atteints tôt ou tard de ScG, comparativement au groupe témoin (sans ces anomalies); 80 % des patients porteurs des deux anomalies ont été atteints de ScG au cours des 20 années de suivi. À l'opposé, seulement 2 % des patients atteints du phénomène de Raynaud qui avaient obtenu des résultats normaux à la capillaroscopie de référence et ne portaient pas d'auto-anticorps spécifiques de la ScG au début de l'étude ont été atteints d'une ScG caractérisée durant la période de suivi<sup>2</sup>.

Cette étude pivot<sup>2</sup> a validé les critères proposés par Leroy et Medsger<sup>3</sup> en 2001 pour évaluer la ScG au stade précoce; ces critères comprenaient le phénomène de Raynaud, les auto-anticorps spécifiques de la ScG (anti-centromère, anti-topoisomérase I, anti-fibrillarine, anti-PM/Scl ou anti-ARN polymérase I ou III), ainsi que des résultats caractéristiques de la sclérodémie à la capillaroscopie. L'application de ces critères a fait bondir le taux de sensibilité des critères préliminaires de 1980 de l'American College of Rheumatology (ACR)<sup>4</sup> pour la sclérodémie circonscrite de 33 à 92 %<sup>5</sup>. Nous devrions néanmoins garder à l'esprit que 20 % des patients



**Figure 1.** Les capillaires géants sont le signe cardinal des anomalies typiques dans la sclérodémie. La présence même d'un seul capillaire géant est toujours anormale et elle est caractéristique de la sclérodémie. À ce signe distinctif s'ajoutent les ectasies, les hémorragies capillaires, la perte de capillaires, la néoangiogenèse et la désorganisation. Plus de 95 % des patients atteints de ScG présenteront ces anomalies typiques à la vidéocapillaroscopie. On peut voir sur cette image deux capillaires géants, une hémorragie et une densité capillaire légèrement amoindrie.

Tableau 1

## Critères ACR-EULAR pour la classification de la ScG

Critères	Sous-critères	Poids
Épaississement de la peau des doigts des deux mains allant de la partie proximale jusqu'aux articulations métacarpophalangiennes (MCP) ( <i>critère suffisant</i> )		9
Épaississement de la peau des doigts ( <i>compter seulement le plus élevé des deux scores</i> )	Doigts boudinés; doigt entier, partie distale jusqu'à l'articulation MCP	2 4
Lésions de l'extrémité des doigts ( <i>compter le plus élevé des deux scores</i> )	Ulcères de l'extrémité des doigts; lésions ponctuées de l'extrémité digitale	2 3
Télangiectasies		2
Capillaires unguéaux anormaux		2
Hypertension artérielle pulmonaire et/ou pneumopathie interstitielle ( <i>score maximal : 2</i> )		2
Phénomène de Raynaud		3
Auto-anticorps spécifiques de la ScG (anti-centromère, anti-topoisomérase I, anti-Scl-70, anti-ARN polymérase III) ( <i>score maximal : 3</i> )		3

Un score de 9 ou plus établit un diagnostic de ScG.

qui remplissent ces critères ne seront pas atteints de ScG, à tout le moins durant un suivi de 20 ans.

En 2012, l'ACR et l'European League Against Rheumatism (EULAR) ont créé conjointement un comité chargé d'élaborer de nouveaux critères de classification de la ScG (Tableau 1)<sup>6</sup>. Ces critères ont été élargis pour inclure des anomalies capillaires périunguées. Un score de 9 ou plus établit un diagnostic de ScG. La patiente de l'étude de cas présentée ci-dessus remplit les critères du diagnostic définitif de ScG selon les nouveaux critères ACR-EULAR. Elle est atteinte du phénomène de Raynaud (2 points), elle porte des auto-anticorps anti-centromère (3 points), elle présente des signes de ScG à la capillaroscopie (2 points) ainsi que des télangiectasies (2 points), ce qui porte le total de points à 9. On voit donc que la capillaroscopie s'est révélée un outil fort utile pour poser le diagnostic de ScG chez cette patiente.

### Bilan proposé

La prochaine étape de l'évaluation devrait viser à déterminer si des organes internes sont touchés, notamment à l'aide des examens suivants : une étude du transit œsophagien ou transit baryté pour écarter la dysmotilité œsophagienne; une échocardiographie pour mesurer les pressions artérielles pulmonaires; une radiographie pulmonaire et des épreuves de la fonction pulmonaire pour écarter une pneumopathie interstitielle. On pourrait aussi envisager une radiographie des mains pour rechercher une calcinose ou une acro-ostéolyse. Chez cette patiente, le bilan n'a pas montré d'anomalies, sauf les résultats de l'étude du transit œsophagien qui évoquent une dysmotilité œsophagienne modérée.

### Traitement

Le traitement du phénomène de Raynaud reste fondé sur la maîtrise des symptômes. Au nombre des interventions non pharmacologiques, on note l'abandon du tabac, le port de vêtements chauds et l'évitement maximal de l'exposition au froid. Les antagonistes du calcium conviennent au traitement de première intention lorsqu'on envisage une pharmacothérapie<sup>7</sup>. On devrait envisager de prescrire un inhibiteur de la pompe à protons (IPP), même chez des patients sans symptômes, pour prévenir les complications du reflux gastro-œsophagien. Ces complications peuvent comprendre une œsophagite, des rétrécissements de l'œsophage et l'œsophage de Barrett. L'importance de traiter énergiquement la dysmotilité œsophagienne a été mise en évidence par des études récentes ayant montré une relation entre la micro-aspiration asymptomatique secondaire au reflux d'acide gastrique et la pneumopathie interstitielle dans la SG<sup>8,9</sup>. Fait à noter, 70 à 90 % des patients atteints de ScG manifestent un trouble œsophagien, et dans 50 % de ces cas, ce trouble est asymptomatique<sup>7</sup>.

### Conclusion

La capillaroscopie périunguée est un examen rapide, non effractif et facile à réaliser qui devrait faire partie de l'évaluation des personnes atteintes du phénomène de Raynaud, ainsi que pour faciliter le diagnostic de la sclérodémie généralisée et pour rassurer les patients qui ne sont pas porteurs d'auto-anticorps et dont la circulation capillaire est normale. Les appareils pouvant être utilisés pour la capillaroscopie périunguée comprennent le dermatoscope (grossissement x10), l'ophtalmoscope (x20), le microscope grand champ (x50) et le

vidéocapillaroscope (x20). Même si le dermatoscope et l'ophtalmoscope sont disponibles à la clinique, la meilleure résolution offerte par le microscope grand champ et par la vidéocapillaroscopie permet d'identifier plus efficacement toutes les caractéristiques vasculaires de la ScG. Par ailleurs, la valeur diagnostique et pronostique de la capillaroscopie dans les autres maladies rhumatologiques est encore à l'étude, en particulier dans les myosites dans lesquelles on a décrit des caractéristiques semblables à celles de la sclérodermie. Aucune caractéristique spécifique d'autres maladies du tissu conjonctif n'a été décrite. Dans ces maladies, la détection de caractéristiques évoquant la ScG laisse croire à un chevauchement avec la ScG.

Références :

1. Spencer-Green G. Outcomes in primary Raynaud phenomenon: a meta-analysis of the frequency, rates, and predictors of transition to secondary diseases. *Arch Intern Med* 1998; 158(6):595-600.
2. Koenig M, Joyal F, Fritzier MJ, et coll. Autoantibodies and microvascular damage are independent predictive factors for the progression of Raynaud's phenomenon to systemic sclerosis: a twenty-year prospective study of 586 patients, with validation of proposed criteria for early systemic sclerosis. *Arthritis Rheum* 2008; 58(12):3902-12.
3. LeRoy EC & Medsger TA Jr. Criteria for the classification of early systemic sclerosis. *J Rheumatol* 2001; 28(7):1573-6.
4. Preliminary criteria for the classification of systemic sclerosis (scleroderma). Subcommittee for scleroderma criteria of the American Rheumatism Association Diagnostic and Therapeutic Criteria Committee. *Arthritis Rheum* 1980; 23(5):581-90.

5. Lonzetti LS, Joyal F, Raynauld JP, et coll. Updating the American College of Rheumatology preliminary classification criteria for systemic sclerosis: addition of severe nailfold capillaroscopy abnormalities markedly increases the sensitivity for limited scleroderma. *Arthritis Rheum* 2001; 44(3):735-6.
6. Van den Hoogen F, Khanna D, Fransen J, et coll. Classification criteria for systemic sclerosis: An ACR-EULAR Collaborative Initiative. *Arthritis Rheum* 2013 (conditionally accepted).
7. Herrick AL. Contemporary management of Raynaud's phenomenon and digital ischaemic complications. *Curr Opin Rheumatol* 2011; 23(6):555-61.
8. Savarino E, Bazzica M, Zentilin P, et coll. Gastroesophageal reflux and pulmonary fibrosis in scleroderma: a study using pH-impedance monitoring. *Am J Respir Crit Care Med* 2009; 179(5):408-13.
9. Christmann RB, Wells AU, Capelozzi VL, et coll. Gastroesophageal reflux incites interstitial lung disease in systemic sclerosis: clinical, radiologic, histopathologic, and treatment evidence. *Semin Arthritis Rheum* 2010; 40(3):241-9.

*Geneviève Gyger, M.D., FRCPC*

*Professeure adjointe de médecine, Université McGill  
Division de rhumatologie, Hôpital général juif  
Montréal, Québec*

*Marie Hudson, M.D., M.P.H., FRCPC*

*Professeure adjointe de médecine, Université McGill  
Division de rhumatologie, Hôpital général juif  
Institut Lady Davis de recherches médicales  
Montréal, Québec*

## Quelques attraits de Whistler, C.-B.

**Un programme chargé – réunions, groupes de travail, conférences, séances et exposés? N'oubliez surtout pas de découvrir les nombreux attraits de la magnifique Colombie-Britannique, dont la devise (*Splendor Sine Occasu*) évoque une terre sur laquelle la lumière brille en permanence. Voici quelques suggestions pour amorcer votre exploration de cet univers.**

**5) Laissez-vous émerveiller par Whistler Blackcomb.**

Classée année après année parmi les meilleures stations de ski au monde, Whistler Blackcomb vous offre un éventail incroyable de cirques et de glaciers alpins, de demi-lunes et de pistes de ski. La station est ouverte de 8 h 30 à 16 h.

[www.whistlerblackcomb.com](http://www.whistlerblackcomb.com)

**4) Faites une tournée gastronomique.**

Vous préférez le « surf des tables » au surf des neiges? Pourquoi ne pas essayer une tournée gastronomique proposée par Whistler Tasting Tours. Vous vous régalez au cours d'un repas quatre services, chacun servi dans un restaurant différent.

[www.whistlertastingtours.com/whistler-dining-tours-hidden-gems-tour](http://www.whistlertastingtours.com/whistler-dining-tours-hidden-gems-tour)

**3) Assistez au Super G des Kokanee Valley Race Series.**

Le 27 février, allez admirer les prouesses des amateurs de ski alpin, de télémark et de surf des neiges. Vous pourrez même y participer!



Tourism BC/Randy Lencks

Pour de plus amples renseignements sur les résultats des courses, sur l'inscription à cet événement et sur les droits d'entrée, veuillez téléphoner au Centre de réservations de Whistler Blackcomb.

*Réervations : 1-800-766-0449.*

**2) Visitez le Parc olympique et le Centre des sports de glisse de Whistler.**

L'héritage des Jeux olympiques d'hiver 2010 est bien présent au Parc olympique de Whistler. Les visiteurs peuvent admirer les points d'intérêts, les sites d'hébergement et la grande place et s'imprégner de l'immense fierté que

ressentent les Britanno-Colombiens d'avoir accueilli ces jeux. Les plus audacieux parmi vous oseront peut-être une descente en bobsleigh ou en skeleton sur la piste olympique. Les plus prudents prendront plaisir à suivre les indications sur la carte pour une visite sans guide ou ils retiendront les services d'un guide pour une expérience encore plus enrichissante.

[www.whistler.com/olympic\\_experience/](http://www.whistler.com/olympic_experience/)

**1) L'après-ski.**

Skieurs ou non, après une longue journée, tout le monde apprécie les moments de détente au coin du feu, un verre à la main, pour se réchauffer le corps et le cœur. Des délicieuses bières de la région aux extravagants martinis, vous trouverez certainement ce qui vous plaît. Découvrez la liste complète des boissons à l'adresse suivante.

[www.whistler.com/apres/](http://www.whistler.com/apres/)

# Dix points essentiels que les rhumatologues devraient connaître (mais ne connaissent peut-être pas) à propos des troubles dermatologiques

par Kim Alexander Papp, M.D., Ph. D., FRCPC

Par le diagnostic et le traitement des troubles musculo-squelettiques, les rhumatologues procurent des bienfaits à leurs patients, mais ils peuvent également influencer favorablement sur leur santé générale. Tous les patients manifestent un jour ou l'autre des affections cutanées; la peau est le premier organe que nous observons durant l'examen. Les cancers de la peau touchent près d'une personne sur trois dans la population; la consultation d'un rhumatologue se révèle parfois la première occasion de diagnostiquer un cancer de la peau. De même, les maladies inflammatoires courantes sont parfois méprisées pour une infection. Vu le nombre croissant de patients qui sont traités à l'aide d'immunosuppresseurs, il importe de différencier la dermatite et la cellulite. De plus, les évaluations dermatologiques sont parfois utiles dans le diagnostic des maladies rhumatismales, par exemple, les diathèses du tissu conjonctif et l'arthrite psoriasique (AP). Les rhumatologues peuvent donc saisir les occasions additionnelles de réduire la morbidité et la mortalité en sachant reconnaître certaines maladies de la peau.

## 1. Mélanome

Le risque à vie d'être atteint d'un mélanome est de 1 %, ce qui se traduit par une incidence et une fréquence relativement élevées dans la population adulte. Les mélanomes entraînent 48 000 décès dans le monde chaque année. Les mélanomes primaires se développent aux dépens de tissus parsemés de mélanocytes, soit les yeux, le cerveau, l'intestin, et la peau. Les mélanomes cutanés sont de loin les plus courants. Le diagnostic fréquent et la détection facile des mélanomes cutanés témoignent sans aucun doute de l'abondance relative des mélanocytes dans la peau, qui est exposée au déclencheur le plus souvent incriminé dans les mélanomes : les rayons ultraviolets. Le diagnostic et le traitement précoces devraient réduire la morbidité et la mortalité de ces cancers.

## 2. Cancer cutané non mélanique

Le carcinome basocellulaire (CBC) est le cancer cutané le plus fréquent et le risque à vie d'en être atteint est de 30 %. Les CBC se manifestent de manière caractéristique sous forme de papules rosées ou de taches légèrement translucides et d'évolution lente.

Le carcinome spinocellulaire (CSC) comprend un large spectre de manifestations cliniques. Le tableau clinique classique est celui d'une papule ou d'un nodule kératosique, induré et à croissance rapide. À l'instar des CBC, les CSC surviennent beaucoup plus souvent dans les zones cutanées exposées au soleil que dans les régions non exposées.

## 3. Infections cutanées

Les infections cutanées sont très fréquentes, allant d'une folliculite presque insignifiante à une cellulite menaçant le pronostic vital; elles sont causées par des microorganismes communs, mais aussi par des pathogènes exotiques et opportunistes. Parmi les infections courantes qui doivent retenir l'attention, la cellulite et l'érysipèle sont les plus fréquentes; les pathogènes en cause sont *Streptococcus pyogenes* et *Staphylococcus aureus*. En général, la présence de zones cutanées rouges, enflées, douloureuses et évolutives évoque facilement le diagnostic de la cellulite ou de l'érysipèle. Dans certains cas, on risque de méprendre la cellulite pour d'autres dermatoses inflammatoires, le plus souvent une dermite de stase (DS). À ce facteur de confusion s'ajoute la légère suppression des signes caractéristiques des infections cutanées, notamment la rougeur, la chaleur et la sensibilité à la palpation, qu'entraîne un traitement par des anti-inflammatoires à effet général, les antagonistes du facteur de nécrose tumorale (TNF) étant peut-être le plus souvent en cause. Ce médicament risque de retarder le diagnostic.

La prudence, plus que les données probantes, suggère d'attendre la résolution de la cellulite avant d'administrer des médicaments biologiques.

### 5. Dermite de contact allergique

La dermatite de contact allergique (DCA) se manifeste par des plaques érythémateuses, bien circonscrites, prurigineuses et quelquefois bulleuses. Les lignes de démarcation correspondent au territoire cutané venu en contact avec un allergène. Le nickel demeure l'allergène le plus commun; par ailleurs, les antibiotiques topiques et les corticostéroïdes topiques sont des médicaments d'utilisation courante qui sont aussi des allergènes communs. Non traitées, les réactions causées par la DCA persistent durant quelques jours à quelques semaines. Plusieurs raisons expliquent l'importance que prend la DCA aux yeux du rhumatologue. À l'instar de la dermatite de stase, la DCA est parfois méprise pour une cellulite; rappelons que si la DCA est souvent prurigineuse, la cellulite ne l'est pas.

### 6. *Pyoderma gangrenosum*

L'une des affections cutanées les plus spectaculaires est *Pyoderma gangrenosum* (PG). Quelquefois de nature indolente, le PG se constitue le plus souvent à partir d'une petite papule érythémateuse qui évolue rapidement en une plaque dont le centre est ulcéré et les bords crénelés, érythémateux, surélevés et sous-minés.

### 7. Toxidermies

Les éruptions cutanées d'origine médicamenteuse sont courantes et, en général, elles ne sont pas difficiles à diagnostiquer. Le défi, c'est d'en trouver la cause. Les anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS) sont souvent la cause des toxidermies et ces agents sont fréquemment prescrits par les rhumatologues. Les toxidermies revêtent de l'importance en rhumatologie, mais malheureusement les patients des rhumatologues prennent souvent plusieurs médicaments, dont un grand nombre sont en vente libre, ce qui complique l'identification du médicament à l'origine de la réaction cutanée.

Le diagnostic de la toxidermie se fonde sur deux éléments du tableau clinique, soit la distribution des lésions et le synchronisme entre l'apparition des lésions et le début d'un nouveau traitement médicamenteux. La plupart des toxidermies surviennent dans les 7 à 10 jours qui suivent l'instauration du nouvel agent.

### 8. Psoriasis<sup>12</sup>

Étant donné que 2 à 5 % de la population est touchée par le psoriasis, le diagnostic juste et rapide de cette affection peut contribuer de manière importante au diagnostic de l'arthrite psoriasique (AP), puisque plus de 30 % des personnes atteintes de psoriasis voient leur état évoluer un jour ou l'autre vers l'AP. Le psoriasis se manifeste en général par des plaques érythémateuses ou surélevées, couvertes à divers degrés de squames, ou de quelques squames seulement, ou encore d'une kératose ostracée (en coquille d'huître). Les territoires cutanés les plus touchés sont le cuir chevelu, les coudes, les genoux et le pli interfessier. La presse scientifique a fait grand cas de l'existence possible d'une relation entre le siège du psoriasis et la constitution de l'arthrite, mais vu la prévalence élevée de la maladie dans les sièges usuels, de telles relations sont sans valeur prédictive.

### 9. Érosions ponctuées<sup>15</sup>

Bien que la plupart des dermatologues et des rhumatologues établissent une relation entre les érosions ponctuées unguéales et le psoriasis, on notera que ces lésions sont présentes dans d'autres maladies cutanées. Certes, les érosions ponctuées s'observent fréquemment chez les patients atteints de psoriasis, mais elles peuvent être tout aussi fréquentes chez ceux atteints d'alopécie en aires.

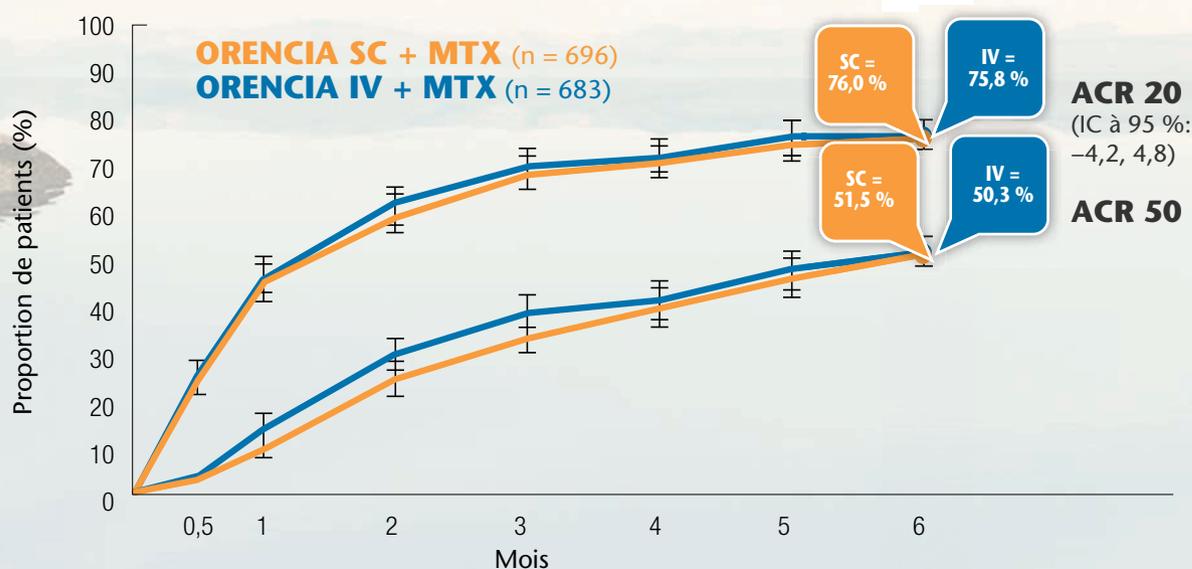
### 10. Le psoriasis, la pathologie de choix pour évaluer l'innocuité d'un médicament<sup>14</sup>

L'évaluation du profil d'innocuité des médicaments se révèle complexe à cause des nombreux facteurs de confusion possibles : la comorbidité, la pharmacothérapie d'association, le retentissement d'une pathologie sous-jacente. Bien que les maladies concomitantes soient fréquentes chez les patients atteints de psoriasis, la pathologie sous-jacente entraîne, en général, moins de manifestations que la PR. En outre, le traitement du psoriasis est le plus souvent fondé sur le principe de la monothérapie. La plupart du temps, les patients atteints de psoriasis ressemblent à des sujets sains, ce qui en fait une population idéale pour démontrer les risques potentiels liés à un médicament donné.

*Kim Alexander Papp, M.D., Ph. D., FRCPC  
Chercheure, K. Papp Clinical Research Inc.  
Présidente, Probity Medical Research Inc.  
Waterloo, Ontario*

# EFFICACITÉ DÉMONTRÉE

**ORENCIA SC + MTX a démontré sa non-infériorité** pour la réponse ACR 20 par rapport à la formulation IV + MTX chez les patients atteints de PAR évolutive modérée à sévère qui n'ont pas répondu adéquatement au MTX<sup>1\*</sup>.



La marge de non-infériorité de 7,5 % n'a été définie que pour le critère d'évaluation principal. D'après Genovese *et coll.*<sup>1</sup>

## PROFIL D'INNOCUITÉ ÉPROUVÉ

Réactions indésirables les plus graves (à tout le moins possiblement liées) pour la formulation IV<sup>2</sup>

**Infections graves**

**Tumeurs malignes**

**% de patients**

ORENCIA (n = 1 955)

Placebo (n = 989)

**3,0 %**

**1,9 %**

**1,3 %**

**1,1 %**

Deux cas de tuberculose ont été rapportés, un dans chaque groupe. Ces cas n'ont pas été confirmés par frottis, coloration ou culture.

D'après la monographie de produit<sup>2</sup>

Les effets indésirables les plus fréquemment rapportés chez les patients recevant ORENCIA SC ont inclus (ORENCIA SC vs placebo) : maux de tête (10 % vs. 6,3 %), nausées (6,0 % vs. 5,1 %), infection des voies respiratoires supérieures (4,8 % vs. 3,9 %), étourdissements (4,6 % vs. 3,5 %) et rhinopharyngite (3,2 % vs. 1,9 %). Les effets indésirables les plus fréquemment rapportés chez les patients recevant ORENCIA SC ont inclus (ORENCIA SC vs ORENCIA IV) : maux de tête (2,2 % vs. 4,0 %), infection des voies respiratoires supérieures (2,0 % vs. 1,8 %), somnolence (1,8 % vs. 0,4 %), bronchite (1,6 % vs. 2,1 %), nausées (1,6 % vs. 1,5 %), rhinopharyngite (1,2 % vs. 1,4 %), sinusite (1,2 % vs. 0,3 %) et diarrhée (1,1 % vs. 2,2 %).

# L'abatacept est recommandé dans les LIGNES DIRECTRICES DE LA SOCIÉTÉ CANADIENNE DE RHUMATOLOGIE<sup>3†</sup>

- après une réponse inadéquate à un antirhumatismal à action lente (ARAL) ou à un traitement par un inhibiteur du facteur de nécrose tumorale (anti-TNF)
- après l'échec du traitement par un anti-TNF pour cause de toxicité ou de manque d'efficacité

## **Usage clinique :**

Peut être administré par perfusion intraveineuse ou par voie sous-cutanée. Peut être administré en monothérapie ou en association avec un ARAL.

Il faut administrer ORENCIA avec du méthotrexate (MTX) lorsqu'on l'utilise comme traitement de première intention chez les patients dont la maladie a été diagnostiquée récemment et qui n'ont jamais reçu de MTX.

ORENCIA administré par perfusion intraveineuse, n'a pas été étudié chez les enfants de moins de 6 ans.

ORENCIA, administré par voie sous-cutanée, n'a pas été étudié chez les enfants.

## **Contre-indications :**

- Aux patients atteints ou présentant un risque de septicémie, tels que les patients immunodéprimés et les patients porteurs du VIH

## **Mises en garde et précautions les plus importantes :**

**Hypersensibilité :** Un cas d'anaphylaxie fatale suite à la première perfusion d'ORENCIA a été signalé après la commercialisation du médicament.

## **Infections :**

- On ne devrait pas amorcer le traitement chez les patients souffrant d'infections actives, chroniques ou latentes.
- En présence d'une infection grave, on devrait cesser le traitement.
- Prudence chez des patients ayant des antécédents d'infections récurrentes ou souffrant de maladies sous-jacentes qui peuvent les prédisposer aux infections, telles que les maladies qui dépriment le système immunitaire, ou à ceux ayant séjourné dans des régions où la tuberculose et l'histoplasmosis sont endémiques.
- On ne devrait pas amorcer le traitement dans les cas où une forme active de la tuberculose est diagnostiquée. Dans les cas où une forme inactive de la tuberculose est diagnostiquée, un traitement antituberculeux doit être amorcé avant d'instaurer le traitement par ORENCIA.

- Les patients recevant un traitement par ORENCIA, y compris ceux ayant obtenu des résultats négatifs à un test de dépistage de la tuberculose latente, doivent être surveillés afin de déceler les signes ou les symptômes de la forme active de la tuberculose.

**L'administration concomitante d'un agent biologique antirhumatismal :** n'est pas recommandée

## **Autres mises en garde et précautions pertinentes :**

- Réaction allergique
- Infections graves
- Surveillance de la glycémie chez les patients traités avec ORENCIA administré par perfusion intraveineuse
- Les vaccins à virus vivants
- Un cancer ou des antécédents de lymphome
- Prudence chez patients atteints de maladie pulmonaire obstructive chronique
- Prudence chez les personnes âgées
- Non étudié chez les patients présentant une insuffisance hépatique ou rénale
- Non recommandé pour une utilisation chez les femmes enceintes

## **Pour de plus amples renseignements :**

Veuillez consulter la monographie du produit à l'adresse [http://www.bmscanada.ca/static/products/fr/pm\\_pdf/ORENCIA\\_FR\\_PM.pdf](http://www.bmscanada.ca/static/products/fr/pm_pdf/ORENCIA_FR_PM.pdf) pour des informations importantes concernant les effets indésirables et les interactions médicamenteuses ainsi que des informations posologiques (particulièrement en ce qui concerne les posologies sous-cutanées et intraveineuses) qui n'ont pas été abordées dans ce document.

La monographie de produit est également disponible en appelant au 1-866-463-6267.

MTX = méthotrexate

\* Étude de non-infériorité à double insu et à double placebo sur 1 457 adultes atteints de PAR évolutive modérée à sévère qui n'ont pas répondu adéquatement au MTX ( $\geq 15$  mg/semaine) pendant  $\geq 3$  mois et qui présentaient un nombre d'articulations douloureuses ou enflées de respectivement 30 et 20. Les patients ont été randomisés dans l'un des deux groupes de traitement : 1) ORENCIA SC + MTX, qui consistait en une posologie de départ unique d'ORENCIA IV ( $\sim 10$  mg/kg, posologie ajustée selon la catégorie de poids) le jour 1 et des injections d'ORENCIA SC (125 mg) le jour 1 et hebdomadaire par la suite, les patients ont également reçu une posologie IV de placebo les jours 15 et 29 puis tous les 28 jours par la suite; 2) ORENCIA IV + MTX, qui était une posologie basée sur une plage de poids ( $\sim 10$  mg/kg) aux jours 1, 15 et 29 puis toutes les 4 semaines par la suite; les patients ont également reçu un placebo SC le jour 1 et de façon hebdomadaire par la suite. Le critère d'évaluation principal (analyse selon le protocole) était la non-infériorité basée sur le taux de réponse ACR 20 à 6 mois.

† Veuillez consulter les lignes directrices pour obtenir les recommandations complètes.

Références : 1. Genovese MC et coll. Subcutaneous abatacept versus intravenous abatacept: a phase IIIb noninferiority study in patients with an inadequate response to methotrexate. *Arthr Rheum*. 2011;63:2854-64. 2. Monographie de produit d'ORENCIA. Bristol-Myers Squibb Canada, 21 février 2013. 3. Bykerk et coll. Canadian Rheumatology Association recommendations for pharmacological management of rheumatoid arthritis with traditional and biologic disease-modifying antirheumatic drugs. *J Rheumatol* 2012;38:1559-82.

ORENCIA (abatacept) est une marque déposée de Bristol-Myers Squibb Company utilisée sous licence par Bristol-Myers Squibb Canada.

Le logo ORENCIA est une marque déposée de Bristol-Myers Squibb Company utilisée sous licence par Bristol-Myers Squibb Canada.



 Bristol-Myers Squibb Canada



Dans la polyarthrite rhumatoïde, les signaux qui activent la réaction inflammatoire utilisent la voie des **Janus kinases (JAK)**<sup>1</sup>

CELLULE IMMUNITAIRE ACTIVÉE

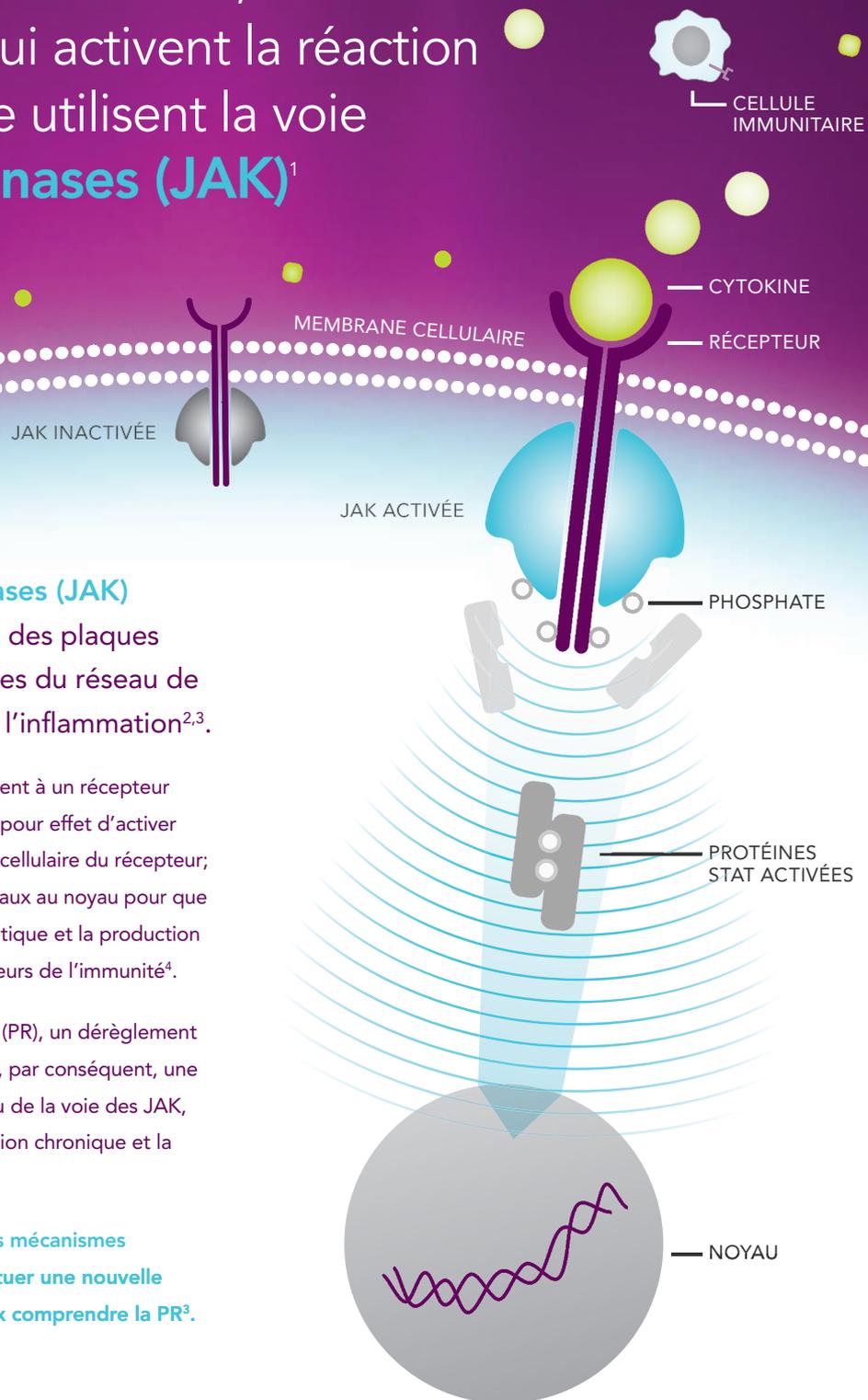
### La voie des Janus kinases (JAK)

compte parmi plusieurs des plaques tournantes intracellulaires du réseau de cytokines contribuant à l'inflammation<sup>2,3</sup>.

Lorsque certaines cytokines se lient à un récepteur à la surface d'une cellule, cela a pour effet d'activer la JAK associée à la portion intracellulaire du récepteur; cette dernière transmet des signaux au noyau pour que s'amorcent la transcription génétique et la production de cytokines et d'autres médiateurs de l'immunité<sup>4</sup>.

Dans la polyarthrite rhumatoïde (PR), un dérèglement de l'expression des cytokines et, par conséquent, une suractivité des signaux au niveau de la voie des JAK, finit par entraîner une inflammation chronique et la destruction des tissus<sup>5,6</sup>.

La voie des JAK, qui touche les mécanismes intracellulaires, pourrait constituer une nouvelle approche permettant de mieux comprendre la PR<sup>3</sup>.



**Références:** 1. O'Shea JJ & Murray PJ. Cytokine signaling modules in inflammatory responses. *Immunity* 2008;28:477-487. 2. Firestein S. Evolving concepts of rheumatoid arthritis. *Nature* 2003;423:356-361. 3. Walker JG & Smith MD. The Jak-STAT pathway in rheumatoid arthritis. *The Journal of Rheumatology* 2005;32:1650-1653. 4. Alberts B *et al.* *Molecular biology of the cell*. Garland Science, New York, NY, 2002. 5. Yokota A *et al.* Preferential and persistent activation of the STAT1 pathway in rheumatoid synovial fluid cells. *J Rheum* 2001;28:1952-1959. 6. Walker JG *et al.* Expression of Jak3, STAT1, STAT4, and STAT6 in inflammatory arthritis: Unique Jak3 and STAT4 expression in dendritic cells in seropositive rheumatoid arthritis. *Ann Rheum Dis* 2006;65:149-156.



Ensemble, vers un monde en meilleure santé™



M.C. de Pfizer Inc., utilisé sous licence  
© 2012 Pfizer Canada inc., Kirkland (Québec) H9J 2M5