

CRAJ SCCR

Le Journal de la Société canadienne de rhumatologie



Point de mire :

L'innovation en rhumatologie

Éditorial

Rapamycine, mTOR, inhibition du FNT, PR, longévité et contenu canadien : assembler les pièces du puzzle

Des nouvelles de l'ICORA

Les lauréats des bourses de l'ICORA 2022

Que fait la SCR pour vous?

Des nouvelles de la FSCR

Hommage boréal

Infographies pour faciliter le diagnostic et la prise en charge de l'artérite à cellules géantes et de la goutte par des urgentologues

Engagez un scribe. Ayez une vie!

Innovation pour améliorer les résultats chez les Autochtones à risque de polyarthrite rhumatoïde

Casser ou ne pas (re)casser : est-ce là la question?

RheumTutor :

une ressource d'apprentissage inestimable

UCAN CURE :

transformer les soins et optimiser les résultats des enfants atteints d'arthrite

Nouvelles régionales

Nouvelles régionales de la Nouvelle-Écosse

Arthroscopie

SAC : de nouvelles ressources pour les personnes atteintes d'arthrite

Rapport du congrès de l'EULAR 2022

Pénurie de stéroïdes injectables – *poèmes inspirés*

Point de vue d'une patiente : Cristina Montoya

Prix du formateur d'enseignants émérite 2022 de la SCR : Dr Stephen Aaron

Consultation de couloir

Still's Got That Fever : la maladie de Still de l'adulte se manifestant par une fièvre d'origine inconnue

Prix, nominations et distinctions

Des honneurs pour les docteurs Elizabeth Hazel, Susan Humphrey-Murto, Sahil Koppikar, Alan Rosenberg et Dharini Mahendira

Articulons nos pensées

Résultats du sondage : *Choisir avec soin* (SCR) – Commande de tests de détection du FR et des AAPC, et suivi des ARMM

DÉCOUVREZ TREMFYA® POUR LE TRAITEMENT DURHUMATISME PSORIASIQUE ACTIF¹



Réponses ACR20*† à la semaine 24 avec TREMFYA® à 100 mg toutes les 8 semaines vs placebo^{1-3‡§}

ESSAI DISCOVER-2 (patients n'ayant jamais reçu de médicament biologique)^{1,24} :

64 %

DES PATIENTS SOUS TREMFYA® (159/248)

VS

33 %

DES PATIENTS SOUS PLACEBO (81/246) ($p < 0,0001$)

ESSAI DISCOVER-1^{1,3‡} :

52 %

DES PATIENTS SOUS TREMFYA® (66/127)

VS

22 %

DES PATIENTS SOUS PLACEBO (28/126) ($p < 0,0001$)

Améliorations démontrées de l'indice HAQ-DI et du score PCS SF-36 par rapport au départ avec TREMFYA® à 100 mg toutes les 8 semaines à la semaine 24 comparativement au placebo^{1-3*†}

- Variation moyenne du score HAQ-DI : -0,32 vs -0,07 (DISCOVER-1) et -0,37 vs -0,13 (DISCOVER-2) ($p < 0,001$ dans les deux essais)
- Variation moyenne du score PCS SF-36 : 6,1 vs 2,0 (DISCOVER-1; $p < 0,0001$) et 7,4 vs 3,4 (DISCOVER-2; $p = 0,011$)

Indications et usage clinique :

TREMFYA®/TREMFYA ONE-PRESS® (injection de guselkumab) est indiqué pour le traitement du rhumatisme psoriasique actif chez les adultes. TREMFYA®/TREMFYA ONE-PRESS® peut être utilisé seul ou en association avec un antirhumatismal modificateur de la maladie conventionnel (ARMMc) (p. ex. du méthotrexate).

TREMFYA®/TREMFYA ONE-PRESS® est aussi indiqué pour le traitement du psoriasis en plaques modéré à grave chez les adultes qui sont candidats à un traitement systémique ou à une photothérapie.

Mises en garde et précautions pertinentes :

- Il ne faut pas instaurer de traitement par TREMFYA®/TREMFYA ONE-PRESS® chez les patients ayant une infection active cliniquement importante tant que l'infection n'est pas guérie ou adéquatement traitée.
- Si un patient contracte une infection grave ou ne répond pas au traitement classique, il faut arrêter le traitement par TREMFYA®/TREMFYA ONE-PRESS®.
- Les patients doivent faire l'objet d'un dépistage de la tuberculose avant l'instauration du traitement par TREMFYA®/TREMFYA ONE-PRESS® et d'une surveillance visant à déceler une tuberculose active pendant et après le traitement.
- Il faut envisager l'administration de tous les vaccins avant l'instauration du traitement par TREMFYA®/TREMFYA ONE-PRESS®.
- L'administration concomitante de vaccins vivants n'est pas recommandée.
- En cas de réaction grave d'hypersensibilité, dont anaphylaxie, urticaire et dyspnée, un traitement approprié doit être instauré et l'administration de TREMFYA®/TREMFYA ONE-PRESS® doit être arrêtée.

- Les femmes en âge de procréer doivent utiliser une méthode de contraception adéquate.
- TREMFYA®/TREMFYA ONE-PRESS® ne doit être utilisé pendant la grossesse qu'en cas de nécessité évidente.
- Les bienfaits de l'allaitement et les besoins cliniques de la mère doivent être pris en considération.
- L'effet de TREMFYA®/TREMFYA ONE-PRESS® sur la fertilité humaine n'a pas été évalué.
- L'innocuité et l'efficacité de TREMFYA®/TREMFYA ONE-PRESS® n'ont pas été évaluées chez les enfants.
- Les données chez les patients de ≥ 65 ans sont limitées.

Pour de plus amples renseignements :

Veillez consulter la monographie de produit à l'adresse www.janssen.com/canada/fr/products pour obtenir des renseignements importants concernant les effets indésirables, les interactions médicamenteuses, la posologie et l'administration qui n'ont pas été abordés dans ce document.

Vous pouvez également vous procurer la monographie de produit en composant le 1-800-567-3331 ou le 1-800-387-8781.

ACR20 = amélioration de 20 % du score de l'American College of Rheumatology par rapport au départ; HAQ-DI = Health Assessment Questionnaire-Disability Index; PCS SF-36 = score de la composante physique du questionnaire SF-36 (score PCS SF-36); TNF α = facteur de nécrose tumorale alpha; IC = intervalle de confiance.

* Les patients présentant une amélioration < 5 % par rapport au début de l'étude pour le nombre d'articulations sensibles et enflées à la semaine 16 étaient admissibles à un retrait anticipé et étaient autorisés à instaurer ou à augmenter la dose de médicaments concomitants, y compris les AINS, le corticostéroïde oral et l'ARMMc, et ils ont continué le traitement randomisé à l'étude. À la semaine 16, 19,0 % et 3,1 % (DISCOVER-1) et 15,4 % et 5,2 % (DISCOVER-2) des patients des groupes placebo et TREMFYA® à 100 mg toutes les 8 semaines, respectivement, répondaient aux critères de retrait anticipé.

† Les patients qui avaient des données manquantes à la semaine 24 ont été imputés comme non-répondants. Les patients qui ont commencé un ARMMc ou augmenté leur dose d'ARMMc ou de corticostéroïdes oraux par rapport au début de l'étude, qui se sont retirés de l'étude, qui ont arrêté le médicament à l'étude ou qui ont commencé à prendre des médicaments ou des traitements pour le RP interdits par le protocole avant la semaine 24 étaient considérés comme des échecs de traitement et des non-répondants. À la semaine 24, 16,7 % et 5,5 % (DISCOVER-1) et 6,9 % et 4,8 % (DISCOVER-2) des patients des groupes placebo et TREMFYA® à 100 mg toutes les 8 semaines, respectivement, répondaient aux critères d'échec du traitement.

‡ DISCOVER-2 : étude de phase III multicentrique, randomisée, à double insu et contrôlée par placebo, menée auprès d'adultes atteints de rhumatisme psoriasique (RP) actif (≥ 5 articulations enflées, ≥ 5 articulations sensibles et un taux de protéine C-réactive [CRP] $\geq 0,6$ mg/dL), qui n'ont jamais été traités par des agents biologiques, qui avaient présenté une réponse inadéquate aux traitements standard (p. ex. antirhumatismal modificateur de la maladie conventionnel (ARMMc), apremilast ou anti-inflammatoire non stéroïdien (AINS)) et qui avaient reçu depuis au moins 6 mois un diagnostic de RP. La durée médiane de RP pour ces patients était de 4 ans au début de l'étude. Les patients ont été randomisés pour recevoir soit des injections sous-cutanées de 100 mg de TREMFYA® aux semaines 0 et 4, puis toutes les 8 semaines, soit un placebo. Le paramètre principal était le pourcentage de patients ayant obtenu une réponse ACR20 à la semaine 24.

§ DISCOVER-1 : étude de phase III multicentrique, randomisée, à double insu et contrôlée par placebo, menée auprès d'adultes atteints de rhumatisme psoriasique actif (≥ 3 articulations enflées, ≥ 3 articulations sensibles et un taux de CRP $\geq 0,3$ mg/dL). Les critères d'admissibilité incluaient également une réponse inadéquate aux traitements standard (p. ex. ARMMc, apremilast ou AINS), un diagnostic de RP depuis au moins 6 mois et une durée médiane de RP de 4 ans au début de l'étude. Environ 30 % des participants à l'étude pouvaient avoir reçu un ou deux anti-TNF α . Les patients ont été randomisés pour recevoir soit des injections sous-cutanées de 100 mg de TREMFYA® aux semaines 0 et 4, puis toutes les 8 semaines, soit un placebo. Le paramètre principal était le pourcentage de patients ayant obtenu une réponse ACR20 à la semaine 24.

¶ Les différences entre les traitements, les IC à 95 % et les valeurs p étaient basées sur le test de Cochran-Mantel-Haenszel stratifié selon le traitement initial par un ARMMc non biologique et soit le taux de CRP antérieur ($< 2,0$, $\geq 2,0$ mg/dL) (DISCOVER-2) ou le traitement antérieur par un anti-TNF α (DISCOVER-1).

Références : 1. Monographie de TREMFYA®/TREMFYA ONE-PRESS® (injection de guselkumab), Janssen Inc., 17 septembre 2021. 2. Mease PJ, Rahman R, Gottlieb AB, et al. Guselkumab in biologic-naïve patients with active psoriatic arthritis (DISCOVER-2): a double-blind, randomized, placebo-controlled phase 3 trial. Publié en ligne le 13 mars 2020 à l'adresse : [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30263-4](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30263-4). 3. Deodhar A, Hellmich PS, Boehncke W, et al. Guselkumab in patients with active psoriatic arthritis who were biologic-naïve or had previously received TNF α inhibitor treatment (DISCOVER-1): a double-blind, randomized, placebo-controlled phase 3 trial. Publié en ligne le 13 mars 2020 à l'adresse : [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30265-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30265-8).



"Tremfya One-Press"



L'image présente des modèles et sert à des fins d'illustration seulement.

Janssen Inc. 19 Green Belt Drive | Toronto (Ontario) | M3C 1L9 | www.janssen.com/canada/fr

© 2022 Janssen Inc. | Marques de commerce utilisées sous licence. | CP-293678F



Rapamycine, mTOR, inhibition du FNT, PR, longévité et contenu canadien : assembler les pièces du puzzle

Par Philip A. Baer, MDCM, FRCPC, FACR

Pourquoi la plupart des présentations de formation médicale continue (FMC) commencent-elles par une étude de cas? Parce que la science est plus intéressante lorsque vous pouvez relier la recherche fondamentale à des innovations cliniques qui aideront votre patient. Ce parcours a commencé par un message m'invitant à appeler un de mes patients, un homme atteint de polyarthrite rhumatoïde (PR) de longue date et bien maîtrisée par les antirhumatismaux modificateurs de la maladie (ARMM) classiques, qui voulait discuter d'un nouveau traitement dont il avait pris connaissance en ligne. Il ne voulait pas confier à ma secrétaire en quoi consistait ce traitement.

C'était une journée tranquille, alors je l'ai rappelé. Qu'avait-il pu trouver? Je pensais à des cannabinoïdes, du curcuma, du jus de noni, du vinaigre de cidre de pomme, du venin d'abeille ou quelque chose du genre. Non : il était intéressé par la rapamycine (sirolimus). Je lui ai dit que je connaissais bien cet agent en tant qu'immunosuppresseur et médicament antirejet, mais qu'il n'était pas approuvé pour le traitement de la PR. Je lui ai promis d'approfondir la question et de lui en dire plus lors de son prochain rendez-vous.

Je me suis dit que la rapamycine avait peut-être été étudiée dans le contexte de la PR dans le passé, sans succès. Oui et non. Une recherche rapide a permis de trouver un résumé d'affiche dans le cadre du congrès de l'European Alliance of Associations for Rheumatology (EULAR) de 2018 faisant état d'une telle étude (FRI 0063) : « *Rapamycin induces remission in patients with refractory rheumatoid arthritis* » (La rapamycine induit une rémission chez les patients atteints de polyarthrite rhumatoïde) par H. Yao et ses collègues¹. Cinquante patients atteints de PR traités par ARMM pendant plus de six mois et n'ayant pas obtenu de rémission selon le score DAS 28 ont été recrutés et traités par la rapamycine à raison de 0,5 mg tous les deux jours pendant 24 semaines. Le traitement par la rapamycine a réduit l'activité de la maladie et induit une rémission selon le score DAS 28 chez 44,9 % des patients atteints de PR évolutive. Bien sûr, il n'y avait pas de groupe placebo. Je n'ai rien vu depuis sur le sujet, à part un résumé du congrès de l'American College of Rheumatology (ACR) de 2018 portant sur une étude similaire².

J'ai pensé qu'il n'y avait pas d'autre issue que d'en faire part au patient, comme promis. Cependant, quelques jours plus tard, j'ai reçu un courriel d'actualités financières auquel je suis abonné provenant de John Mauldin, un auteur prolifique et intéressant. Bien que ce dernier soit généralement pessimiste quant à l'avenir financier, il est très optimiste quant aux progrès des soins de santé et des biotechnologies, notamment en ce qui concerne le prolongement de l'espérance de vie humaine. Il ne parlait pas seulement de la rapamycine, mais aussi de l'inhibition du facteur



Le Dr Erwin Gelfand et le Dr Philip Baer en Antarctique, en 2019.

de nécrose tumorale (FNT). Il s'agit là d'un heureux hasard, un cas de sérendipité.

M. Mauldin a présenté une société appelée MYMD Pharmaceuticals³ dans laquelle il a investi (MYMD sur NASDAQ, si vous voulez prendre le risque et êtes prêt à perdre potentiellement tout votre investissement). « Leur médicament, MYMD 1, est un inhibiteur du FNT... Contrairement aux anticorps monoclonaux anti TNF, MYMD 1 est une version synthétique, administrée par voie orale, d'une molécule naturellement présente dans les plantes. » Le site Web de la société indique un poids moléculaire de 146 Daltons, la capacité de traverser la barrière hémato-encéphalique et le fait que « MYMD 1 bloque sélectivement le FNT-α lorsque ce dernier est suractivé dans les cas de maladies auto-immunes et les tempêtes de cytokines, sans toutefois l'empêcher de faire son travail normal de premier répondant à tout type courant d'infection modérée ». Tout cela est très intéressant si ça devait se concrétiser, mais le médicament vient juste d'entrer en phase II, un jalon que nombreux médicaments ne parviennent pas à franchir.

L'entreprise étudie-t-elle son médicament pour la PR? Pas directement. Son essai est axé sur le vieillissement, plus particulièrement sur l'inversion de la sarcopénie, qui est bien sûr une caractéristique de la PR non maîtrisée. Et c'est là que la rapamycine entre en jeu. La rapamycine est le traitement de référence pour contrer le vieillissement et augmenter la durée de vie des souris.

suite à la page 5

COMITÉ DE RÉDACTION DU JSCR

Énoncé de mission. La mission du JSCR est de promouvoir l'échange d'informations et d'opinions au sein de la collectivité des rhumatologues du Canada.

RÉDACTEUR EN CHEF

Philip A. Baer, MDCM, FRCPC, FACP
Président,
Ontario Rheumatology Association,
Ancien président,
Section de rhumatologie,
Ontario Medical Association
Scarborough (Ontario)

CONSEIL D'ADMINISTRATION DE LA SCR

Nigil Haroon, M.D., Ph. D., DM, FRCPC
Président,
Société canadienne de rhumatologie
Co-directeur,
Programme sur la spondylarthrite, UHN
Clinicien-chercheur, UHN
Scientifique,
Institut de recherche de Krembil,
Professeur agrégé, Université de Toronto
Toronto (Ontario)

Trudy Taylor, M.D., FRCPC
Vice-présidente,
Société canadienne de rhumatologie
Professeure agrégée,
Université Dalhousie
Halifax (Nouvelle-Écosse)

Evelyn Sutton, M.D., FRCPC, FACP
Présidente sortante,
Société canadienne de rhumatologie
Vice-doyenne,
Enseignement médical prédoctoral
Professeure de médecine,
Université Dalhousie
Halifax (Nouvelle-Écosse)

MEMBRES

Vandana Ahluwalia, M.D., FRCPC
Présidente sortante,
Société canadienne
de rhumatologie
Ancienne cheffe de la direction,
Service de rhumatologie,
William Osler Health Centre
Brampton (Ontario)

Cory Baillie, M.D., FRCPC
Professeur adjoint,
Université du Manitoba
Winnipeg (Manitoba)

Cheryl Barnabe, M.D., FRCPC, M. Sc.
Professeure agrégée,
Université de Calgary
Calgary (Alberta)

Louis Bessette, M.D., M. Sc., FRCPC
Professeur agrégé,
Université Laval
Rhumatologue,
Centre hospitalier
universitaire de Québec
Québec (Québec)

May Y. Choi, M.D., FRCPC
Conférencière clinique
en rhumatologie,
Cumming School of Medicine
Université de Calgary et
Services de santé de l'Alberta
Calgary (Alberta)



Joanne Homik, M.D., M. Sc., FRCPC
Professeure agrégée
de médecine,
Université de l'Alberta
Edmonton (Alberta)

Stephanie Keeling, M.D., M. Sc., FRCPC
Professeure agrégée
de médecine,
Université de l'Alberta
Edmonton (Alberta)

Shirley Lake, M.D., FRCPC, M. Sc. (QIPS)
Professeure adjointe,
Division de rhumatologie,
Université de Toronto
Toronto (Ontario)

Deborah Levy, M.D., MS, FRCPC
Professeure agrégée,
Université de Toronto
Membre de l'équipe
de recherche,
Child Health Evaluative
Sciences Research Institute
Toronto (Ontario)

Bindu Nair, M.D., M. Sc., FRCPC
Professeur de médecine,
Division de rhumatologie,
Université de la Saskatchewan
Saskatoon (Saskatchewan)

Jacqueline C. Stewart, B. Sc. (Hons.), B. Éd., M.D., FRCPC
Professeure adjointe d'enseignement clinique,
Département de médecine,
Université de la
Colombie-Britannique
Rhumatologue,
Hôpital régional de Penticton
Penticton
(Colombie-Britannique)

Carter Thorne, M.D., FRCPC, FACP
Directeur médical,
The Arthritis Program
Chef, Division de rhumatologie,
Southlake Regional
Health Centre
Newmarket (Ontario)

Le comité éditorial procède en toute indépendance à la relecture et à la vérification des articles qui apparaissent dans cette publication et est responsable de leur exactitude. Les annonceurs publicitaires n'exercent aucune influence sur la sélection ou le contenu du matériel publié.

ÉQUIPE DE PUBLICATION

Mark Kislingbury
Directeur exécutif
Jyoti Patel
Responsable de la rédaction

Catherine de Grandmont
Rédactrice principale (version française)
Ahesha Bélanger
Rédactrice junior (version française)

Donna Graham
Responsable de la production
Dan Oldfield
Directeur de la création

Robert E. Passaretti
Éditeur

Le JSCR est en ligne!
Vous nous trouverez au :
www.craj.ca/index_fr.php
Code d'accès : **craj**

© STA HealthCare Communications inc., 2022. 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. N° de poste-publications : 40063348. Port payé à Saint-Laurent (Québec). Date de publication : septembre 2022.

Les opinions exprimées dans cette publication sont celles des rédacteurs et des auteurs et ne reflètent pas nécessairement les points de vue et les opinions de STA HealthCare Communications inc. ou de la Société canadienne de rhumatologie. Le JOURNAL DE LA SOCIÉTÉ CANADIENNE DE RHUMATOLOGIE sélectionne des auteurs qui sont reconnus dans leur domaine. Le JOURNAL DE LA SOCIÉTÉ CANADIENNE DE RHUMATOLOGIE ne peut garantir l'expertise d'un auteur dans un domaine particulier et n'est pas non plus responsable des déclarations de ces auteurs. Il est recommandé aux médecins de procéder à une évaluation de l'état de leurs patients avant de procéder à tout acte médical suggéré par les auteurs, ou les membres du comité éditorial, et de consulter la monographie de produit officielle avant de poser tout diagnostic ou de procéder à une intervention fondée sur les suggestions émises dans cette publication.

Prière d'adresser toute correspondance au JOURNAL DE LA SOCIÉTÉ CANADIENNE DE RHUMATOLOGIE, à l'adresse suivante : 6500 route Transcanadienne, bureau 310, Pointe-Claire (Québec) H9R 0A5.

Rapamycine, mTOR, inhibition du FNT, PR, longévité et contenu canadien : assembler les pièces du puzzle (suite de la page 3)

MYMD 1 a nettement surpassé la rapamycine dans une étude sur la longévité des souris (sous presse apparemment) réalisée par des scientifiques de Johns-Hopkins⁴.

Si vous regardez en ligne, vous trouverez de nombreux articles sur des traitements anti-âge non autorisés, la metformine et la rapamycine étant les plus souvent citées. Vous pouvez les ignorer, mais je vous recommande vivement la revue de littérature du Dr Daniel Sabatini, l'une des sommités de la recherche sur la rapamycine et sa cible mTOR⁵.

Qu'allez-vous y apprendre? Le Dr Sabatini a choisi d'étudier les mécanismes moléculaires de la rapamycine, un composé aux propriétés antifongiques, antitumorales et immunosuppressives. Cette décision était cruciale, car Sabatini a ensuite découvert la cible mécaniste de la rapamycine (mTOR) et la voie de signalisation de cette protéine, qui sert de régulateur central du métabolisme, de la croissance et de la prolifération cellulaires⁶. D'abord, le nom est intéressant : tout comme Lou Gehrig est mort de la maladie de Lou Gehrig, le nom de la cible de la rapamycine, mTOR, est dérivé de la rapamycine.

La protéine mTOR s'avère être un acteur central dans de nombreux processus cellulaires. mTOR est le principal régulateur de la croissance chez les animaux et constitue le lien clé entre la disponibilité des nutriments dans l'environnement et la régulation de la plupart des processus anaboliques et cataboliques. La signalisation de mTOR est dérégulée dans des maladies courantes, comme le cancer et l'épilepsie, et mTORC1 (un complexe contenant mTOR) est un modulateur bien validé du vieillissement dans de multiples organismes modèles. L'utilisation des inhibiteurs de mTORC1 pour traiter le cancer et les maladies neurologiques et, éventuellement, pour améliorer l'espérance de vie en santé et la durée de vie suscite beaucoup d'enthousiasme ». Comme l'affirme le Dr Sabatini, il n'a jamais cru que « la voie mTOR serait reconnue comme elle l'est aujourd'hui »; il croyait qu'elle pourrait même être tournée en dérision parce qu'elle « intervient dans tout ».

Pour illustrer tout cela, les figures de la revue de littérature montrent certaines des molécules qui interagissent avec mTOR. Parmi celles-ci, certaines évoquent des racines canadiennes, comme RAPTOR (rien à voir avec le basketball, il s'agit de la protéine régulatrice associée à mTOR) et CASTOR (notre emblème nationale, le castor, l'espèce *Castor canadensis*, mais il s'agit plutôt ici du capteur d'arginine cytosolique pour mTORC1). Mais plutôt que de s'étendre sur le contenu à thématique canadienne, le Dr Sabatini établit un lien réel, en faisant référence aux recherches sur la rapamycine menées par le Dr Erwin Gelfand, un immunologue prolifique, diplômé de l'Université McGill et ancien membre du personnel de l'Hôpital pour enfants malades de Toronto. Comme vous pouvez le voir sur la photo (page 3), j'ai rencontré le Dr Gelfand pour la première fois en Antarctique en 2019. Je vous assure que nous n'avons pas passé notre temps à parler de rapamycine.

La rapamycine pour le traitement de la PR est peut-être une impasse, mais, si mon patient ne m'avait pas appelé à ce sujet, je n'aurais jamais appris tout ce dont je vous fais part ici.

Références :

1. Yao H, Niu H, Yan N, et coll. FRI0063 Rapamycin induces remission in patients with refractory rheumatoid arthritis. *Annals of the Rheumatic Diseases*. 2018;77:578. Disponible à l'adresse <http://dx.doi.org/10.1136/annrheumdis-2018-eular.2310>. Consulté le 15 septembre 2022.
2. Chen M, Li XF, Gao C, et coll. Rapamycin induces remission in patients with newly diagnosed rheumatoid arthritis [abstract]. *Arthritis Rheumatol*. 2018; 70 (suppl 10). Disponible à l'adresse <https://acrabstracts.org/abstract/rapamycin-induces-remission-in-patients-with-newly-diagnosed-rheumatoid-arthritis/>. Consulté le 15 septembre 2022.
3. MyMD [website]. Disponible à l'adresse www.mymd.com/. Consulté le 15 septembre 2022.
4. Sullivan Danny. MyMD to commence Phase 2 trial in frailty. Longevity Technology [website]. December 14, 2021. Disponible à l'adresse www.longevitytechnology.com/mymd-to-commence-phase-2-trial-in-frailty/. Consulté le 15 septembre 2022.
5. Sabatini DM. Twenty-five years of mTOR: uncovering the link from nutrients to growth. *Proc Natl Acad Sci USA*. 2017; 114:11818–25. Disponible à l'adresse <https://doi.org/10.1073/pnas.1716173114>. Consulté le 15 septembre 2022.
6. Viegas J. Profile of David M. Sabatini. *Proc Natl Acad Sci USA*. 2017 Dec;115(3): 438–440. Disponible à l'adresse <https://doi.org/10.1073/pnas.1721196115>. Consulté le 15 septembre 2022.

Philip A. Baer, MDCM, FRCPC,
 Rédacteur en chef, JSCR
 Scarborough (Ontario)

Les lauréats des bourses de l'ICORA 2022

Par Janet Pope, M.D., MPH, FRCPC

La Société canadienne de rhumatologie (SCR) a le plaisir d'annoncer que sa division subventionnaire, l'Initiative canadienne pour l'amélioration des résultats des soins en rhumatologie (ICORA) accordera quatre bourses de deux ans et une bourse d'un an pour un total de 485 626 \$ CAN, en vue de financer des projets qui amélioreront l'accès aux soins rhumatologiques et l'innovation dans ce domaine. De plus, la SCR mettra de côté 60 000 \$ pour financer le Prix de l'investigateur clinicien de la SCR-ICORA-Société de l'arthrite en 2023 (plus de détails ci-dessous).

Au cours des 15 dernières années, l'ICORA a financé 114 projets et a versé presque 8,5 M \$ CAN en fonds de recherche depuis 2006.

Le programme de bourses de l'ICORA appuie des projets durables liés aux :

- initiatives de recherche clinique universitaire se rapportant à toutes les maladies rhumatismales;
- initiatives de recherche clinique pour les rhumatologues communautaires se rapportant à toutes les maladies rhumatismales.

Investigateurs principaux	Titres	Subventions
 E. Vinet	<i>Personalized therapy in lupus pregnancies</i>	114 000 \$
 G. Boire  M. Beausejour  D. Feldman	<i>Assessing the timeliness of referrals in rheumatology for chronic inflammatory arthritis from a centralized referral system</i>	111 074 \$
 G. Abikhzer	<i>Digital FDG PET/CT versus temporal artery biopsy and ultrasound for first-line diagnostic imaging of giant cell arteritis</i>	109 326 \$
 C. Barber	<i>Development and pilot of a shared-care model for rheumatoid arthritis leveraging an "on-demand" follow-up strategy</i>	109 796 \$
 S. Gottheil	<i>Reducing Urgent Care Wait Times in Community Rheumatology: A Quality Improvement Project</i>	41 430 \$

Une liste de tous les lauréats actuels et précédents peut être consultée à l'adresse rheum.ca/fr/icora/.

Des nouvelles de la FSCR

Par Ahmad M. Zbib, M.D., CPHIMS-CA



Nous sommes heureux d'annoncer que, depuis le 13 juillet, l'Agence du revenu du Canada a approuvé le statut d'organisme de bienfaisance pour la Fondation de la Société canadienne de rhumatologie (FSCR). Il s'agit d'une étape importante dans notre démarche visant à mettre en place la FSCR en vue d'aider à financer les activités de la Société canadienne de rhumatologie (SCR).

La mobilisation des intervenants reste la priorité absolue de la FSCR. Nous continuons à travailler en étroite collaboration avec nos membres et nos partenaires pour mettre en œuvre le plan de déploiement. Nos priorités sont d'établir une gouvernance opérationnelle formelle, une documentation et un plan de lancement de la Fondation.

Le principal objectif est de créer un organisme qui nous permet de renforcer notre capacité à financer des activités conformes à la mission de la SCR, qui consiste principalement à servir et à représenter les rhumatologues dans leur quête de soins optimaux.

Nous continuons à croire en l'établissement de partenariats efficaces et synergiques avec des organismes de bienfaisance de

santé et de patients, dont la vocation est similaire, afin que nous puissions tous atteindre nos objectifs collectifs.

Nous continuerons à émettre des mises à jour au fur et à mesure que nous préparons le lancement progressif cet automne et notre lancement public au début de l'année prochaine. Pour de plus amples renseignements sur la manière dont vous pourriez appuyer la FSCR, veuillez vous adresser au Dr Ahmad Zbib (courriel : executivedirector@crafoundation.ca; numéro de téléphone : 905 952-0698, poste 8).

« Nous sommes ravis de collaborer au lancement du nouvel organisme de bienfaisance, la Fondation de la Société canadienne de rhumatologie (FSCR), qui se concentrera sur la création de sources de revenus durables pour financer des programmes au service de la communauté rhumatologique. »

- Dr Ahmad Zbib
PDG, SCR

ICORA (suite de la page 6)



Un remerciement particulier à nos commanditaires pour leur soutien constant :



L'ICORA lance un autre concours de bourses en 2023!

Le système de demande de bourses de l'ICORA en ligne ouvre le **23 janvier 2023**.

La lettre d'intention doit être soumise au plus tard le **20 février 2023**.

La date limite de soumission en ligne d'une demande de bourses de l'ICORA est le **31 mars 2023**.

Infographies pour faciliter le diagnostic et la prise en charge de l'artérite à cellules géantes et de la goutte par des urgentologues

Par Monish Ahluwalia, M. Sc., Sabrina Campbell, H.B. S.c., Sangeeta Bajaj, M.D., FRCPC, Raman Joshi, M.D., FRCPC, Tripti Papneja, M.D., FRCPC et Vandana Ahluwalia, M.D., FRCPC

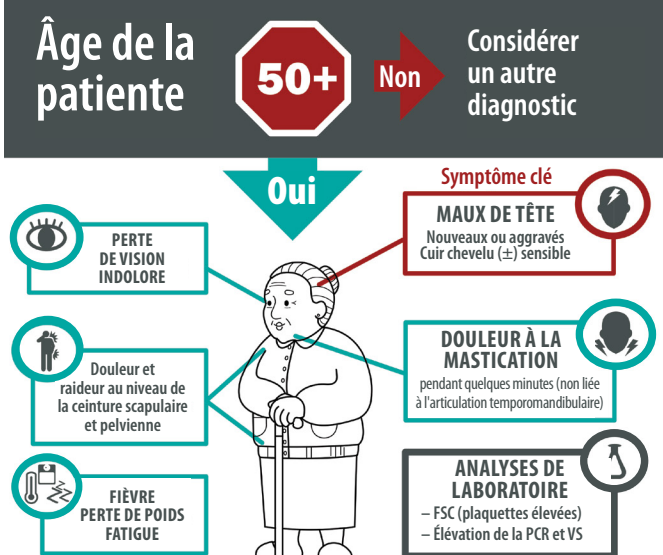
Les patients ayant des problèmes rhumatologiques représentent jusqu'à huit pour cent de toutes les consultations aux services des urgences¹. Deux défis diagnostiques d'intérêt sont l'artérite à cellules géantes (ACG) et la goutte. L'ACG est une vascularite des moyens et des gros vaisseaux ayant une faible prévalence, une morbidité élevée, et une présentation variable, ce qui fait en sorte qu'il soit difficile d'en faire le diagnostic; les patients se présentent souvent d'abord au service des urgences^{2,3}. Les modèles suggèrent qu'on pourrait faire un meilleur tri en ce qui concerne l'aiguillage pour l'ACG afin d'éviter des examens d'imagerie, des demandes de consultation à des spécialistes et des biopsies de l'artère temporale inutiles^{4,5}. La goutte est une arthropathie cristalline de l'urate dont la prévalence et les coûts de santé associés augmentent, mais qui reste caractérisée par des traitements et des résultats suboptimaux chez les patients^{6,7}. Des analyses de cohorte rétrospective démontrent que plus de 30 % des patients ayant un diagnostic de poussée aiguë de la goutte pourraient ne pas recevoir des médicaments anti-inflammatoires et que les erreurs de médicaments sont fréquentes dans le traitement de la goutte⁸⁻¹¹. Malgré l'importance de ces diagnostics dans la pratique clinique, une grande partie de la littérature ne s'adresse pas aux urgentologues et des ressources éducatives supplémentaires sont nécessaires².

Malheureusement, la formation médicale continue des médecins est complexe en raison des volumes écrasants de littérature, des contraintes de temps et de la rétention imparfaite des informations¹². Le modèle de sensibilisation à l'observation explique que les médecins qui essaient régulièrement de traduire les connaissances en pratique nécessitent d'abord de la sensibilisation, des ententes et de la volonté¹³. Afin d'atténuer ces obstacles, des infographies ont été utilisées pour améliorer à la fois l'exposition et les connaissances¹².

Les infographies sont des outils de visualisation de données qui peuvent fournir beaucoup de renseignements complexes de façon succincte et compréhensible^{12,14}. Il a été démontré que les infographies permettent de mieux retenir l'information par rapport à du texte seul en raison d'un phénomène connu sous le nom d'effet de supériorité de l'image – l'idée que les images sont plus susceptibles d'être retenues que les mots^{14,15}. Les infographies sont associées à une plus grande préférence des lecteurs, à une diminution de la charge cognitive et à une plus grande accessibilité en ligne et sur les appareils mobiles, ce que préfèrent les urgentologues^{12,16}.

Nous avons donc créé deux infographies qui illustrent le diagnostic d'urgence et la prise en charge de l'ACG et la goutte. Notre objectif est de fournir des ressources éducatives accessibles et consommables pour les urgentologues (Figures 1 et 2).

CETTE PATIENTE POURRAIT-ELLE ÊTRE ATTEINTE D'ARTHRITE TEMPORALE?



1. En cas de maux de tête et de résultats de laboratoire anormaux, envisager 1 mg/kg de prednisone par voie orale.
2. Si ≥ 2 symptômes et analyses de laboratoire anormales, envisager 1 mg/kg de prednisone par voie orale.
3. En cas de symptômes visuels, appeler également l'ophtalmologie.

1. En cas de suspicion clinique, appelez le **rhumatologue**.
 2. En cas de symptômes visuels, appelez également l'**ophtalmologiste**.
- Cet algorithme ne fait l'objet d'aucune validation empirique : à utiliser uniquement à titre indicatif.
Mis à jour en juillet 2022.

Celles-ci servent d'outils de diagnostic et de prise en charge cliniques et peuvent être utilisées par les fournisseurs dans le cadre de leur travail, tout en étant disponibles comme affiches et outils éducatifs pour les médecins pratiquants, les stagiaires en médecine et les autres professionnels de la santé. Si un rhumatologue reçoit une demande de consultation pour l'une de ces affections, il peut envisager de joindre l'infographie à sa lettre de retour au fournisseur orienteur ou de la publier sur le site Web de sa clinique pour promouvoir la formation continue.

L'infographie sur l'ACG a été créée à l'aide des critères de diagnostic de 1990 et de 2016 de l'American College of Rheumatology (ACR) et des recommandations de prise en charge de 2021 de l'ACR et de 2018 de la Ligue européenne contre le rhu-



matisme (EULAR)¹⁷⁻²⁰. L'infographie sur la goutte a été créée à l'aide des lignes directrices de 2020 sur la goutte de l'American College of Rheumatology (ACR) pour la prise en charge de la goutte²¹. Chaque infographie a été créée en collaboration avec quatre rhumatologues communautaires pour en garantir l'exactitude et le bien-fondé, et a été revue par différents urgentologues communautaires pour en garantir la pertinence. De plus, l'infographie sur l'ACG est accompagnée d'un synopsis vidéo (en anglais seulement) de la D^{re} Joanne Jiang, une spécialiste de la vasculite à Toronto, qui peut être consulté à l'adresse : <https://www.youtube.com/watch?v=7bcJQTRztX8>.

Les infographies présentées dans cet article ne doivent être utilisées qu'à titre indicatif et peuvent être redistribuées sous leur forme non modifiée à des fins non commerciales. Plus précisément, l'algorithme proposé dans l'infographie sur l'ACG n'a pas été validé de façon empirique; toutefois, la recherche future analysera son rendement dans la classification des demandes de consultation du service des urgences.

Conflit d'intérêts : La création de ces infographies a été appuyée par F. Hoffmann-La Roche AG grâce à une subvention à l'éducation sans restriction.

Références :

- Schlosser G, Doell D, Osterland C. An analysis of rheumatology cases presenting to the emergency room of a teaching hospital. *J Rheumatol*. 1988;15(2):356-358.
- Lacy A, Nelson R, Koyfman A, Long B. High risk and low prevalence diseases: Giant cell arteritis. *Am J Emerg Med*. Published online 2022.
- Lazarewicz K, Watson P. Giant cell arteritis. *bmj*. 2019;365.
- Weis E, Waite C, Roelofs KA. A predictive model for temporal artery biopsy in the setting of suspected giant cell arteritis: a validation study. *Ophthal Plast Reconstr Surg*. 2021;37(3S):S23-S26.
- Melville AR, Donaldson K, Dale J, Ciechomska A. Validation of the Southend giant cell arteritis probability score in a Scottish single-centre fast-track pathway. *Rheumatol Adv Pract*. 2022;6(1):rkab102.
- Jinno S, Hasegawa K, Neogi T, Goto T, Dubreuil M. Trends in emergency department visits and charges for gout in the United States between 2006 and 2012. *J Rheumatol*. 2016;43(8):1589-1592.
- Coburn BW, Mikuls TR. The problem with gout is that it's still such a problem. *J Rheumatol*. 2016;43(8):1453-1455.
- Schlesinger N, Radvanski DC, Young TC, McCoy JV, Eisenstein R, Moore DF. Diagnosis and treatment of acute gout at a university hospital emergency department. *Open Rheumatol J*. 2015;9:21.
- Brunetti L, Vekaria J, Lipsky PE, Schlesinger N. Treatment of Acute Gout Flares in the Emergency Department: Prescribing Patterns and Revisit Rates. *Ann Pharmacother*. 2022;56(4):422-429. doi:10.1177/10600280211032295
- Towiwat P, Phungoen P, Tantrawiwat K, et coll. Quality of gout care in the emergency departments: a multicentre study. *BMC Emerg Med*. 2020;20(1):27. doi:10.1186/s12873-020-00319-w
- Singh JA. Quality of life and quality of care for patients with gout. *Curr Rheumatol Rep*. 2009;11(2):154-160.
- Martin LJ, Turnquist A, Groot B, et coll. Exploring the Role of Infographics for Summarizing Medical Literature. *Health Prof Educ*. 2019;5(1):48-57. doi:10.1016/j.hpe.2018.03.005
- Pathman DE, Konrad TR, Freed GL, Freeman VA, Koch GG. The awareness-to-adherence model of the steps to clinical guideline compliance: the case of pediatric vaccine recommendations. *Med Care*. Published online 1996:873-889.
- Scott H, Fawcner S, Oliver C, Murray A. Why healthcare professionals should know a little about infographics. *Br J Sports Med*. 2016;50:1104-1105. doi:10.1136/bjsports-2016-096133
- Paivio A, Csapo K. Picture superiority in free recall: Imagery or dual coding? *Cognit Psychol*. 1973;5(2):176-206.
- Kalnaw A, Beck-Esmay J, Riddell J, et coll. Continuing medical education delivery preferences among physicians and advanced practice providers in emergency medicine. *Cureus*. 2021;13(12).
- Hunder GG, Bloch DA, Michel BA, et al. The American College of Rheumatology 1990 criteria for the classification of giant cell arteritis. *Arthritis Rheum*. 1990;33(8):1122-1128.
- Maz M, Chung SA, Abril A, et coll. 2021 American College of Rheumatology/Vasculitis Foundation guideline for the management of giant cell arteritis and Takayasu arteritis. *Arthritis Care Res*. 2021;73(8):1071-1087.
- Hellich B, Agueda A, Monti S, et coll. 2018 Update of the EULAR recommendations for the management of large vessel vasculitis. *Ann Rheum Dis*. 2020;79(1):19. doi:10.1136/annrheumdis-2019-215672
- Salehi-Abari I. 2016 ACR revised criteria for early diagnosis of giant cell (temporal) arteritis. *Auto-immune Ther Approaches Open Access*. 2016;3:1-4.
- FitzGerald JD, Dalbeth N, Mikuls T, et coll. 2020 American College of Rheumatology guideline for the management of gout. *Arthritis Care Res*. 2020;72(6):744-760.

Engagez un scribe. Ayez une vie!

Par Vandana Ahluwalia, M.D., FRCPC, Dilnoor Sidhu, M. Sc., Fallon Dennis et Monish Ahluwalia, M. Sc.

Les dossiers médicaux électroniques (DME) ont révolutionné les soins médicaux au Canada. Les médecins sont en mesure de saisir les informations cliniques de manière lisible et d'accéder aux rapports de laboratoire, aux rapports radiologiques et aux rapports hospitaliers du bout des doigts. Malgré cela, les DME sont encombrants, car ils n'ont pas été conçus par des médecins, et nécessitent toujours une saisie importante de données pour une prise en charge optimale des patients. La nécessité de saisir des données ne fera qu'augmenter si les paiements basés sur la valeur doivent être mis en œuvre avec des paramètres normalisés. Malheureusement, les conséquences involontaires des DME ont conduit à une interaction accrue entre le médecin et l'ordinateur (par opposition à l'interaction entre le médecin et le patient), ce qui entraîne une augmentation de l'épuisement des médecins. Selon le rapport du groupe de travail sur l'épuisement professionnel de l'Ontario Medical Association de 2021, la première recommandation était de « rationaliser et réduire la documentation et le travail administratif requis. » Dans ce rapport, on recommandait « l'utilisation de scribes médicaux, particulièrement en ce qui concerne les exigences en matière de documentation médicale électronique. »¹ Malgré le fait que les scribes soient couramment utilisés aux États-Unis, les médecins canadiens n'ont pas encore adopté ce modèle de soins.

Il y a trois ans, j'ai engagé un scribe médical. C'est l'une des meilleures choses que j'ai faites pour mes patients et mon cabinet. Un scribe médical est défini comme « une personne ne possédant pas de diplôme médical embauchée pour consigner des données sous la direction d'un médecin ou d'un praticien, dans le but de permettre au médecin de passer plus de temps avec le patient et de disposer d'une documentation exacte. »² Il peut s'agir d'étudiants en médecine, d'étudiants de troisième cycle ou d'autres personnes sans formation scientifique.

Le scribe humain vient dans la pièce avec moi (avec le consentement du patient) et prend des notes sur la rencontre médicale, y compris les antécédents, l'examen physique, l'empreinte et le plan. À la fin de la journée, nous examinons toutes les notes en détail et nous nous assurons qu'elles sont prêtes à être envoyées par télécopieur au médecin traitant.

La documentation étant contemporaine de la rencontre, j'ai plus de temps en tête-à-tête avec les patients, j'ai réduit les temps d'attente dans les cliniques et j'ai augmenté le nombre de patients vus par jour. J'ai encore assez d'énergie, à la fin de la journée, pour réaliser les choses que j'aime faire à la maison.

Depuis 2021, j'ai embauché et formé deux autres scribes pour mes collègues rhumatologues dans notre cabinet. Cela m'a incité à créer un programme de formation de scribes en rhumatologie afin de normaliser le processus. Si nous voulons que cette initiative soit couronnée de succès, il faut faire davantage de travail pour comprendre le temps et le coût de l'embauche, de la formation, du suivi et de l'évaluation des scribes pour le soutien des médecins au Canada. Les connaissances acquises par les as-

sociations médicales et le soutien gouvernemental contribueront largement à faire de ce projet une réalité.

Pour un scribe humain, la question de la durabilité se pose toujours. Bien que mon scribe soit avec moi depuis trois ans, le roulement se produit généralement après un ou deux ans. Les scribes virtuels qui travaillent à distance peuvent améliorer la stabilité de cette main-d'œuvre, car plus d'une personne peut être disponible pour le soutien. En outre, notre programme de formation de scribes en rhumatologie vise à rendre la formation plus rapide et plus facile, de sorte que le scribe soit fonctionnel en trois mois. Le scribe assisté par l'intelligence artificielle peut réduire le taux de roulement et diminuer les coûts, mais il reste encore du travail à faire pour garantir une documentation automatisée précise et flexible des rencontres complexes avec les patients.

En fin de compte, les scribes ne remplacent pas la refonte du DME, et nous devons continuer à plaider pour des interfaces utilisateur qui répondent le mieux aux besoins des médecins. En attendant, les scribes peuvent accroître la productivité des cliniques, réduire l'épuisement professionnel des médecins, maintenir la satisfaction des patients et peut-être même augmenter la durée de leur carrière. Engagez un scribe! Ayez une vie!

Références :

1. Ontario Medical Association, 2021. Healing the Healers: System-Level Solutions to Physician Burnout. [en ligne] Toronto: Ontario Medical Association. Disponible à l'adresse : www.oma.org/uploaded-files/oma/media/pagetree/advocacy/health-policy-recommendations/burnout-paper.pdf [Consulté le 5 août 2022].
2. Gidwani R, Nguyen C, Kofoed A, et coll. Impact of Scribes on Physician Satisfaction, Patient Satisfaction, and Charting Efficiency : A Randomized Controlled Trial. *The Annals of Family Medicine*. 2017;15(5):427-433. doi:10.1370/afm.2122

Vandana Ahluwalia, M.D., FRCPC
Ancienne directrice du service de rhumatologie,
William Osler Health System
Brampton (Ontario)

Dilnoor Sidhu, M. Sc.
Scribe médical principal
Brampton (Ontario)

Fallon Dennis
Candidat au programme de baccalauréat en sciences médicales
(classe de 2023)
Université de Western Ontario
Responsable du développement du programme de formation
des scribes médicaux
London (Ontario)

Monish Ahluwalia, M. Sc.
Candidat au doctorat en médecine (promotion de 2023)
Université de Toronto
Toronto (Ontario)

Innovation pour améliorer les résultats chez les Autochtones à risque de polyarthrite rhumatoïde

Par Hani El-Gabalawy, M.D., FRCPC, FCAHS

Différentes études de notre groupe de recherche clinique basé au Manitoba, ainsi que des études de plusieurs autres groupes au Canada, aux États-Unis et au Mexique, ont démontré que de nombreuses populations autochtones d'Amérique du Nord sont plus à risque de développer une polyarthrite rhumatoïde (PR) séropositive. Dans ces populations, la prévalence de la PR peut être deux à trois fois supérieure à celle observée dans la plupart des autres populations, la maladie est plus grave et plus invalidante, les résultats sont souvent défavorables, et le fardeau de la morbidité et de la mortalité est amplifié. Cela s'explique par une interaction complexe entre des variables biologiques, environnementales, socioculturelles et de prestation de soins de santé qui sont notoirement difficiles à démêler. Il faudra beaucoup d'innovation pour relever ce défi.

Par conséquent, un programme d'innovation visant à améliorer les résultats de la PR chez les peuples autochtones d'Amérique du Nord doit tenir compte des défis uniques inhérents à la conception des études cliniques, ainsi qu'à la mise en œuvre et à l'évolutivité des interventions proposées à la suite de ces études. Pendant mon mandat de directeur scientifique des Instituts de recherche en santé du Canada (IRSC), j'ai pris part à une initiative stratégique visionnaire et unique dirigée par l'Institut de la santé des Autochtones, intitulée : « Voies de l'équité en santé pour les Autochtones » (<https://cihr-irsc.gc.ca/f/47003.html>). Lorsque j'ai commencé à participer à l'initiative, il avait déjà été déterminé que la portée de cette initiative stratégique (dite « signature ») se concentrerait sur les défis majeurs que sont le bien-être mental, le diabète et l'obésité, la tuberculose et la santé bucco-dentaire. Avec le recul, je constate que si j'avais pu m'engager dans cette initiative dès ses débuts, possiblement que la PR aurait pu être un des domaines d'intervention choisis, mais « c'est de l'histoire ancienne », comme le dit la vieille expression.

Néanmoins, il y avait beaucoup à apprendre de cette initiative sur la manière d'aborder un programme novateur pour les populations autochtones d'Amérique du Nord. L'initiative, fermement ancrée dans les principes de la recherche participative communautaire (https://ethics.gc.ca/fra/tcps2-eptc2_2018_chapter9-chapitre9.html), a eu plusieurs phases progressives au cours desquelles des idées naissantes ont d'abord été explorées dans différentes communautés grâce à des niveaux de financement modestes, puis des groupes de recherche et des idées ayant eu du succès ont été soutenus par des enveloppes de financement plus importantes afin de commencer à aborder la mise en œuvre et l'évolutivité des projets. Il me semble que c'est la bonne « voie »



pour accomplir ce qui est nécessaire pour lutter contre des maladies dévastatrices comme la PR chez les populations autochtones d'Amérique du Nord.

Les travaux de mon propre groupe de recherche se sont concentrés sur la prédiction et la prévention de la PR au sein des Premières Nations. Nous avons eu la chance de recevoir du financement continu de la part des IRSC pour ce programme depuis 2005 dans le cadre de concours ouverts et d'initiatives stratégiques, comme le programme des équipes de recherche en immunologie humaine. Nous avons fait des observations importantes concernant le risque de développer une PR chez les Autochtones d'Amérique du Nord en réalisant une étude longitudinale

des parents au premier degré à risque des patients autochtones d'Amérique du Nord atteints de la PR. Par exemple, nous avons démontré que le développement d'anticorps anti-protéines citrullinées est courant chez les parents au premier degré, mais que cela est loin d'être une voie à sens unique menant au développement de la PR (PMID 30861615). En effet, une proportion importante des parents au premier degré ayant des anticorps anti-protéines citrullinées sont retournés à un état séronégatif, et ceux destinés à développer une PR présentaient des profils de glycosylation uniques dans leurs anticorps anti-protéines citrullinées (PMID 31067000) ainsi que des caractéristiques protéomiques précises (PMID 32770634).

Nous participons actuellement à une initiative excitante où l'objectif est de réduire le développement d'une PR future au moyen d'une combinaison de suppléments nutritifs anti-inflammatoires ou immunomodulateurs. Cela s'appuie sur les résultats d'un modèle d'arthrite induite chez la souris par le collagène pour le développement d'une PR, où notre groupe a démontré qu'une combinaison de suppléments de vitamine D, d'oméga-3 et de curcumine était très efficace pour atténuer l'apparition de l'arthrite dans ce modèle – la curcumine étant le supplément qui a contribué le plus à cet effet (PMID 33494792). Nous avons entamé le long chemin vers la traduction, l'évaluation et la mise en œuvre de cette approche chez les personnes autochtones d'Amérique du Nord à risque de développer une PR. Nous sommes encore inspirés par l'approche sensée qui a été développée dans le cadre de l'initiative signature « Voies de l'équité en santé pour les Autochtones » des IRSC.

Hani El-Gabalawy, M.D., FRCPC, FCAHS
Professeur de médecine et d'immunologie,
Université du Manitoba
Winnipeg (Manitoba)

Casser ou ne pas (re)casser : est-ce là la question?

Par Raheem B. Kherani, B. Sc. (Pharm.), M.D., FRCPC, MHPE et Sonia Singh, M.D., CCMF, M.H. Sc.

Une femme de 67 ans atteinte de polyarthrite rhumatoïde trébuche sur le bord d'un tapis et tombe sur son côté gauche. Elle subit une fracture de la hanche gauche, qui est alors traitée par hémiarthroplastie gauche. Elle reçoit une physiothérapie postopératoire et commence à reprendre sa mobilité de manière indépendante. Que se passe-t-il ensuite? Risque-t-elle de subir une autre fracture? Est-ce qu'une quelconque mesure est prise pour prévenir une autre fracture?

Les fractures de fragilité surviennent spontanément ou à la suite d'un traumatisme mineur tel que la toux, les éternuements ou une chute depuis une position debout. Les personnes qui subissent une telle fracture ont un risque beaucoup plus élevé de subir d'autres fractures, ce qui entraîne une invalidité progressive, des douleurs chroniques et une diminution de la qualité de vie. Des traitements efficaces peuvent réduire jusqu'à 50 % le risque de fracture future, mais moins de 20 % des patients ayant subi des fractures de fragilité ont reçu de tels traitements. On parle d'écart thérapeutique à combler dans le traitement de l'ostéoporose à la suite d'une fracture.

Les revues systématiques préconisent le service de liaison pour fractures (*Fracture Liaison Services*, FLS) comme modèle le plus efficace pour combler cet écart thérapeutique et améliorer les résultats des soins aux patients. Un FLS dispose d'un coordonnateur affecté spécialement pour repérer de manière proactive les patients ayant subi des fractures, déterminer leur risque de fracture dans l'avenir et faciliter les traitements appropriés contre l'ostéoporose. Les programmes de FLS évaluent les patients au moment où ils reçoivent des soins orthopédiques et intègrent de manière transparente la prévention des fractures secondaires dans le traitement des fractures aiguës. Un FLS réduit les coûts globaux des soins de santé en prévenant les fractures à répétition, qui sont un fardeau économique.

FLS-BC: Spreading FLS throughout British Columbia (www.bccop.org/fls) est un groupe de travail de la BC Coalition of Osteoporosis Physicians. Notre objectif est de diffuser le modèle de FLS dans toute la Colombie-Britannique. Nous travaillons en collaboration avec Ostéoporose Canada (<https://fls.osteoporosis.ca/fr>) et participons à l'innovation en matière de FLS en Colombie-Britannique en ce qui a trait aux applications cliniques, à la défense des intérêts et à la recherche. L'Hôpital Peace Arch et l'Hôpital de Chilliwack ont mis sur pied des programmes de FLS, et un autre est en chantier à l'Hôpital de Richmond. Enfin, nous collaborons avec une équipe scientifique chargée de la mise en œuvre des FLS (<https://www.msfr.org/1/award/breaking-cycle-recurrent-fracture-scaling-secondary-fracture-prevention-program-fraser-health-inform>) pour étudier la meilleure façon de mettre sur pied un FLS qui permettrait de diminuer les fractures à répétition et d'améliorer la qualité de vie de nos patients.



Raheem B. Kherani, B. Sc. (Pharm.), M.D., FRCPC, MHPE
Coprésident, FLS-BC : Spreading FLS throughout BC
Membre de l'équipe scientifique chargée de la mise en œuvre des FLS
Président du Comité de formation de la SCR
Professeur clinique agrégé et directeur du programme de rhumatologie pour les adultes,
Université de la Colombie-Britannique
Vancouver (Colombie-Britannique)

Sonia Singh, M.D., CCMF, M.H. Sc.
Coprésidente, FLS-BC : Spreading FLS throughout BC
Responsable de l'équipe scientifique chargée de la mise en œuvre des FLS
Membre des comités de vérification et du registre des FLS,
Ostéoporose Canada
Professeure clinique adjointe,
Université de la Colombie-Britannique
Professeure auxiliaire, Université Simon Fraser
White Rock (Colombie-Britannique)

RheumTutor : une ressource d'apprentissage inestimable

Par Raj Carmona, MBBS, FRCPC

J'ai eu la grande chance de faire mes études de médecine dans un environnement aux ressources limitées (University of the West Indies, Trinidad). Nos oreilles y sont devenues des ultrasons, nos yeux des rayons X et le bout de nos doigts des échographies. Cette profonde appréciation de la valeur des compétences cliniques m'a suivi dans ma formation en médecine interne et en rhumatologie à McMaster. Le Dr Sam Pillersdorf m'a montré ma première technique à quatre doigts, et les séances hebdomadaires du Dr Tulio Scocchia ont aiguisé nos compétences en matière d'examen musculosquelettique. C'est au cours de mon stage que le Dr Alf Cividino, qui était alors directeur de la Fondation médicale 5, m'a invité à participer à l'enseignement au sein du programme de médecine. L'ensemble de la division de rhumatologie s'est fortement investi dans la formation des étudiants de premier cycle, une stratégie qui a permis aux étudiants d'être exposés très tôt à la rhumatologie et qui continue de porter ses fruits aujourd'hui. Bien que nos professeurs aient été d'excellents enseignants, j'ai reconnu le besoin de ressources audiovisuelles fiables pour l'enseignement des compétences musculosquelettiques cliniques, tant au niveau du premier cycle que du troisième cycle.

Grâce aux prouesses d'acteurs des collègues/résidents de l'époque (Kim Legault, Arthur Lau, Brendan Flowers, Andrew Duncan), la série vidéo *McMaster MSK Examination* a été créée (2011-2012). Il s'agit notamment de vidéos sur l'examen de la main/du poignet, du coude, de l'épaule, du dos, de la hanche, du genou et de la cheville/du pied. L'avantage de ces vidéos a été immédiatement reconnu, les étudiants arrivant aux séances d'enseignement avec un plus grand degré de préparation. Bien qu'elles soient devenues partie intégrante du programme de médecine, elles ont aussi été rapidement absorbées à divers niveaux de formation dans un certain nombre de programmes à McMaster. Pour fournir un accès en ligne ouvert aux vidéos au-delà de McMaster, *RheumTutor.com* a été lancé en 2012. La réponse fut très positive, avec des éloges de la part de nombreux professeurs au niveau national et international, et des demandes officielles



de plusieurs institutions dans le monde entier pour utiliser les vidéos et le manuel d'accompagnement dans le cadre de leurs programmes de formation.

Après les vidéos d'examen, plusieurs vidéos (23 et plus) enseignant les techniques d'injection musculosquelettiques ont été créées. Beaucoup d'entre elles sont des simulations pédagogiques, étape par étape, mais plusieurs sont des procédures réelles tournées en clinique. Pour faciliter la compréhension, j'ai dessiné des illustrations de l'anatomie de surface pour les vidéos d'examen et d'injection. Les réactions à cette œuvre suggèrent qu'elle est très appréciée, voire légendaire (oh humilité, où es-tu?).

En 2012 (la vie passe tellement vite!), YouTube ne pouvait pas gérer les fichiers de plus grande taille. Les vidéos ont donc été hébergées sur Vimeo, avec des spectateurs provenant de plus de 110 pays. Le nombre de spectateurs a augmenté de façon exponentielle avec le lancement plus récent de la chaîne *RheumTutor* sur YouTube. À ce jour, il y a eu plus de 2,9 millions de vues sur YouTube, avec plus de 14 500 abonnés et des réactions extrêmement positives.

L'espoir pour *RheumTutor* est de continuer à créer, puis fournir des ressources de qualité. Bien qu'il ne remplace pas l'expertise pédagogique des professeurs et des cliniciens de tout le pays, nous espérons qu'il continuera à aider l'enseignement et l'apprentissage, dans le but ultime d'améliorer les soins aux patients. Je remercie tous ceux qui ont contribué à cette entreprise ou l'ont encouragée tout au long de son parcours. McMaster vous salue!

Raj Carmona, MBBS, FRCPC
Professeur clinique agrégé
Directeur, Fondation médicale 5,
Programme d'études en médecine
Coordinateur des compétences cliniques musculosquelettiques,
Programme d'études en médecine
Université McMaster
Hamilton (Ontario)

UCAN CURE : transformer les soins aux enfants atteints d'arthrite et optimiser les résultats

Par Rae S. M. Yeung, M.D., Ph. D., FRCPC, Alexander Mosoiu, PMP et Susa Benseler, M.D., Ph. D, FRCPC

L'arthrite infantile (l'arthrite juvénile idiopathique [AJI]) est la maladie musculosquelettique inflammatoire chronique la plus courante. Elle touche plus de 25 000 enfants au Canada. De nombreux enfants atteints d'arthrite présenteront une maladie active à l'âge adulte, et certains seront gravement handicapés. Un enfant sur trois atteint d'arthrite a besoin de traitements biologiques ciblés, choisis en fonction d'indications limitées pour chaque enfant telles que les données probantes biologiques et sans date limite de traitement. Le traitement biologique peut améliorer considérablement l'activité de la maladie et prévenir la progression des lésions inflammatoires des articulations. Certains traitements, tels que l'inhibiteur de l'interleukine-1 chez les enfants atteints d'AJI systémique¹, se sont avérés capables de modifier la biologie de la maladie et de prévenir sa chronicité lorsqu'ils étaient choisis et mis en œuvre de façon précoce, dans une « conjoncture propice ».

Le principal défi reste l'hétérogénéité clinique et biologique de l'arthrite infantile². L'absence de facteurs cliniques et/ou de biomarqueurs prédictifs de qualité constitue un frein à l'adoption d'une approche de la santé de précision fondée sur des données probantes. Cela a donné lieu à l'approche actuelle, une approche de type « essais et erreurs », où les produits biologiques ne sont souvent accessibles qu'après l'échec des traitements traditionnels, ce qui se traduit par des retards importants dans l'accès à des médicaments efficaces, une exposition à des risques inutiles et un gaspillage d'argent dans des traitements inefficaces. Cela entraîne non seulement des risques pour la santé de l'enfant, mais aussi une pression économique importante pour les patients, les familles et la société.

En 2017, la communauté de rhumatologie pédiatrique du Canada s'est associée à nos collègues néerlandais pour créer un consortium international axé sur la médecine de précision dans l'arthrite infantile. Notre programme de recherche est fondé sur l'initiative UCAN (Understanding Childhood Arthritis Network), dirigée par le Canada, qui a été mise au point pour permettre aux réseaux nationaux non seulement de recueillir des données cliniques auprès des patients, des familles et des équipes de soins de santé, mais aussi des échantillons biologiques d'une manière normalisée pour soutenir les collaborations nationales et internationales en matière de recherche translationnelle. L'UCAN est devenue une fédération internationale de réseaux de recherche sur l'arthrite infantile, avec un accent unique sur la recherche translationnelle. L'UCAN a mis en place des plateformes de recherche internationales normalisées afin de favoriser la traduction rapide des résultats de sciences fondamentales pour améliorer la prise en charge clinique. Nos initiatives de recherche collaborative canadiennes et néerlandaises (UCAN CAN-DU et UCAN CURE) tirent parti des innovations récentes et rapides en matière de médecine génomique, de cadre et d'outils de santé en ligne et d'économie de la santé.

Notre programme de recherche a été élaboré conjointement avec des enfants, des familles et des organisations familiales nationales, dont Cassie & Friends. Ensemble, nous avons mis en place un programme de médecine de précision intégré et complet, qui élabore et fournit de nouveaux outils axés sur la génomique pour déterminer quand et comment les agents biologiques doivent être utilisés de manière sûre et efficace et quand ils peuvent être interrompus. Nous appliquons une approche à plusieurs volets, dont l'essentiel est axé sur la science des biomarqueurs liée au mécanisme moléculaire, l'apprentissage machine, la modélisation économique et l'application innovante et intégrée des connaissances, grâce au programme de recherche thématique suivant :

Programme de science génomique

Nous élaborons des outils prédictifs axés sur la génomique qui nous permettront de déterminer à quel moment utiliser des agents pharmacothérapeutiques de manière sûre et efficace, ce qui améliorera ainsi les résultats, limitera les risques et réduira la charge socio-économique. Nos tests innovants de détection rapide axés sur des biomarqueurs, destinés aux cliniciens, permettront de prévoir le risque d'invalidité à long terme, de choisir rapidement des traitements biologiques ciblés et de gérer l'arrêt des médicaments en toute sécurité.

Analyse intégrée de l'économie de la santé

Nous sommes en train d'élaborer un nouveau modèle actualisable des risques, avantages et coûts associés à la médecine génomique pour l'arthrite infantile. En collaboration avec les familles et les rhumatologues pédiatriques des deux pays, nous élaborons un cadre de mesure et des indicateurs de rendement clés normalisés pour mesurer les résultats cliniques et économiques, définir les préférences pour les risques et avantages importants associés au traitement biologique des enfants atteints d'AJI et modéliser les décisions cliniques et de politique de santé.

Plateforme de santé en ligne intégrée pour la médecine de précision

Notre plateforme de santé en ligne de pointe a transformé la participation des patients, la prise de décisions commune et la mise en commun des renseignements en ce XXI^e siècle, soutenant la prise en charge clinique et englobant l'ensemble de l'expérience du patient, du consentement en ligne à l'échange multidirectionnel de renseignements entre les chercheurs, les cliniciens, les décideurs, les patients et les familles, en passant par la ludification de la filière de recherche et la formation précoce de la future génération de chercheurs en génomique.

Il est important de noter que chacune de ces trois activités essentielles génère d'importants outils de collecte de données, des cadres de mesure et de valeur, ainsi que des préférences parmi les patients

De nouvelles ressources pour les personnes atteintes d'arthrite



Par Trish Barbato, présidente et cheffe de la direction de la Société de l'arthrite

En septembre, dans le cadre du Mois de la sensibilisation à l'arthrite, nous braquons les projecteurs sur l'arthrite.

En septembre dernier, nous avons lancé notre nouvelle campagne de sensibilisation enflammée et au cours des 12 derniers mois, nous avons travaillé d'arrache-pied pour intensifier l'ensemble de notre travail. Récemment, nous avons décerné plus de 1,2 million de dollars par l'entremise de nos subventions *Stimuler la recherche*, nous avons investi dans quatre idéateurs de la Société de l'arthrite afin de les aider à mettre leurs innovations à la disposition de ceux qui en ont le plus besoin et nous avons lancé un nouveau programme *Décupler les retombées sociales*.

Tandis que nous lançons un cri d'alarme sur la gravité de l'arthrite, nous avons mis sur pied de nouvelles ressources aux retombées importantes pour les personnes vivant avec l'arthrite. Celles-ci comprennent nos pages Web *Vos finances et l'arthrite* qui outillent les personnes grâce à de l'information importante sur des sujets comme les crédits d'impôt et les prestations.

Nous avons également publié un remarquable *Guide de la gestion de la douleur*. Vous pouvez accéder à ces deux ressources en balayant les codes QR respectifs ci-contre.

En plus de l'ajout régulier de nouvelles ressources, nous continuons à présenter nos webinaires mensuels populaires *Conversations sur l'arthrite* – qui nous ont permis de joindre plus de 107 000 personnes l'an dernier. Par ailleurs, nous sommes fiers de soutenir un nombre grandissant de personnes grâce à notre Ligne d'information sur l'arthrite sans frais qui offre des réponses aux questions des personnes qui appellent au 1 800 321-1433 ou qui écrivent à info@arthrite.ca.

Merci de parler de nos ressources à vos patients et de continuer à braquer les projecteurs sur l'arthrite tous les jours.

Guide de gestion de la douleur



Vos finances et l'arthrite



UCAN CURE : transformer les soins aux enfants atteints d'arthrite et optimiser les résultats (suite de la page 14)

et les médecins. Ceux-ci sont exploités et transmis pour soutenir de nombreuses initiatives de recherche actuelles et à venir dans le domaine des maladies rares et inflammatoires de l'enfant. L'incidence de cette valeur ajoutée a été multipliée pendant la pandémie de COVID, qui a offert des possibilités uniques d'exploitation de nos technologies et de nos plateformes pour soutenir les soins virtuels dans notre système de soins de santé en rapide évolution.

Nos bailleurs de fonds nationaux, notamment les IRSC et Genome Canada, ainsi que l'initiative *Stoppez l'arthrite juvénile* de la Société de l'arthrite et les partenaires néerlandais de ZonMw et RheumaNetherlands ont été les principaux catalyseurs de notre travail. L'engagement et la mobilisation de tous les prestataires de soins en rhumatologie pédiatrique du Canada et des Pays-Bas envers la mission de l'UCAN, qui consiste à intégrer, dans la pratique réelle, des stratégies novatrices de médecine de précision dans la prestation des soins, continuent de transformer la prise en charge des enfants atteints d'arthrite au Canada et dans le monde.

Références :

1. Vastert SJ, de Jager W, Noordman BJ, Holzinger D, Kuis W, Prakken BJ, Wulffraat NM. Effectiveness of first-line treatment with recombinant interleukin-1 receptor antagonist in steroid-naïve patients with new-onset systemic juvenile idiopathic arthritis: results of a prospective cohort study. *Arthritis Rheumatol*. 2014 Apr;66(4):1034-43. doi: 10.1002/art.38296. PMID: 24757154.

2. Eng SW, Duong TT, Rosenberg AM, Morris Q, Yeung RS; REACCH OUT and BBOP Research Consortia. The biologic basis of clinical heterogeneity in juvenile idiopathic arthritis. *Arthritis Rheumatol*. 2014 Dec;66(12):3463-75. doi: 10.1002/art.38875. PMID: 25200124; PMCID: PMC4282094.

Rae S. M. Yeung, M.D., Ph. D., FRCPC

Chaire Hak-Ming et Deborah Chiu de recherche en pédiatrie translationnelle

Professeure de pédiatrie, d'immunologie et de sciences médicales,

Université de Toronto

Chercheuse principale et rhumatologue,

The Hospital for Sick Children, Toronto (Ontario)

Alexander Mosoiu, PMP

Responsable de l'initiative UCAN,

The Hospital for Sick Children, Toronto (Ontario)

Susan Benseler, M.D., Ph. D., FRCPC

Directrice, Institut de recherche de l'hôpital pour enfants de l'Alberta

Professeure agrégée, Département de pédiatrie,

Cumming School of Medicine, Université de Calgary

Chaire Husky Energy en santé maternelle et infantile

Chaire de recherche pédiatrique de l'Alberta Children's Hospital Foundation, Calgary (Alberta)

Programme de soutien aux patients

PfizerFlex

Une équipe expérimentée et dévouée

Inscrivez vos patients en composant le
1-855-935-3539, ou invitez-les à visiter le site
PfizerFlex.ca/fr pour obtenir des renseignements
sur les services offerts par le programme.

POLYARTHRITE RHUMATOÏDE

^{Pr}XELJANZ^{MD}/^{Pr}XELJANZ^{MD} XR (tofacitinib), pris en association avec du méthotrexate (MTX), est indiqué pour atténuer les signes et les symptômes de la polyarthrite rhumatoïde chez les adultes atteints de polyarthrite rhumatoïde évolutive modérée ou sévère qui ont eu une réponse insatisfaisante au MTX et à un traitement par au moins un antirhumatismal modificateur de la maladie (ARMM). En cas d'intolérance au MTX ou à d'autres ARMM, les médecins peuvent envisager l'utilisation de XELJANZ/XELJANZ XR (tofacitinib) en monothérapie.

Il n'est pas recommandé d'utiliser XELJANZ/XELJANZ XR en association avec des ARMM biologiques ou des immunosuppresseurs puissants comme l'azathioprine et la cyclosporine.



XELJANZ/XELJANZ XR, M.D. de PF Prism C.V., Pfizer Canada SRI, licencié
PFIZERFLEX, M.C. de Pfizer Inc., Pfizer Canada SRI, licencié
© 2022 Pfizer Canada SRI, Kirkland (Québec) H9J 2M5





LE PROGRAMME PFIZERFLEX ACCOMPAGNE VOS PATIENTS

atteints de polyarthrite rhumatoïde
utilisant **XELJANZ/XELJANZ XR**

Pour de plus amples renseignements :

Veuillez consulter la monographie au <http://pfizer.ca/pm/fr/XELJANZ.pdf> ainsi qu'un avis comportant des renseignements importants en matière d'innocuité accessible à l'adresse <https://recalls-rappels.canada.ca/fr/avis-rappel/xeljanzxeljanz-xr-tofacitinib-risque-evenements-cardiovasculaires-majeurs-cancer> pour obtenir des renseignements importants sur les contre-indications, les mises en garde, les précautions, les effets indésirables, les interactions, la posologie et les conditions relatives à l'usage clinique. Vous pouvez également vous procurer la monographie en composant le 1-800-463-6001.

Pr **XELJANZ**^{MD} 
[citrate de tofacitinib]

Pr **XELJANZ**^{MD} **XR** 
[citrate de tofacitinib]

Rapport du congrès de l'EULAR 2022

Par Philip A. Baer, MDCM, FRCPC, FACR

Une autre année de pandémie, un autre congrès de l'EULAR (European Alliance of Associations for Rheumatology) virtuel pour moi. Cette fois-ci, la réunion était de nature hybride, avec des séances en personne à Copenhague. J'ai été honoré que mon résumé des résultats de l'étude ADAGIO (POS0288) sur les schémas de désescalade du méthotrexate (MTX) chez les patients canadiens initiant un traitement avancé de la polyarthrite rhumatoïde (PR) soit accepté. Lorsque cette affiche a ensuite été sélectionnée pour une tournée d'affiches, cela m'a semblé encore mieux. J'ai enregistré une présentation de cinq minutes de l'étude et je l'ai téléchargée sur le portail de l'EULAR sans aucune difficulté - enfin, il m'a fallu trois prises pour faire entrer précisément tout ce que je voulais dire dans le temps imparti, mais ce n'était pas inattendu. Le choc a été de découvrir qu'on avait besoin de moi pour trois minutes de questions-réponses en direct à 3 h 45, heure de Toronto. Heureusement, c'était le samedi de la réunion, j'ai donc pu rattraper le sommeil perdu plus tard dans la journée. Ayant participé virtuellement, il n'y a pas eu de décalage horaire à combattre. La séance était assez intéressante et comprenait un autre résumé sur l'arrêt du MTX chez des patients semblables (POS0286), et j'ai pu répondre aux questions qui m'ont été posées.

Il s'agissait du 75^e anniversaire de la première rencontre de l'EULAR, qui s'était également tenue à Copenhague, et qui a été célébrée lors de la cérémonie d'ouverture ainsi que tout au long de la conférence, avec une excellente séance mettant en évidence le passé, le présent et l'avenir de l'EULAR. La plateforme de conférence présentait une qualité audio et vidéo exceptionnelle, tant pour les séances en direct que pour les séances préenregistrées. Certaines séances n'ont pas été immédiatement disponibles pour les participants virtuels, mais la plateforme est restée disponible jusqu'à la fin du mois de juillet pour examen.

Parallèlement à la conférence, l'activité sur Twitter a été aussi intense qu'à l'habitude, ainsi que des mises à jour quotidiennes de l'équipe *RheumNow* dirigée par Jack Cush. J'ai particulièrement apprécié les trois séances quotidiennes de synthèse d'une demi-heure animées par Janet Pope et Hughes Allard-Chamard pour les rhumatologues canadiens. Janet a publié mon Tweet préféré : « Je devais aller à la séance sur la fatigue dans les maladies rhumatismales, mais j'étais trop fatiguée! »

De nouvelles lignes directrices EULAR sur la gestion de la PR et de la spondylarthrite axiale (AxSpA) ont été dévoilées. La ligne directrice sur l'AxSpA, conjointement avec l'ASAS (évaluation de la PR), a positionné l'*Ankylosing Spondylitis Disease Activity Score* (ASDAS) comme principale mesure de l'activité quotidienne, a approuvé les inhibiteurs des Janus kinases, ou inhibiteurs de JAK, comme traitement de première ligne, et a donné la préférence aux inhibiteurs de l'interleukine-17 (IL-17) chez les personnes présentant une atteinte cutanée, et aux anticorps monoclonaux contre le facteur de nécrose tumorale (TNF) chez les personnes présentant une uvéite.

Le groupe de travail sur les lignes directrices de la PR a bénéficié de la contribution canadienne de Janet Pope. La recommandation antérieure de l'EULAR d'utiliser des glucocorticoïdes à court

terme en association avec des médicaments antirhumatismaux modificateurs de la maladie (ARMM) synthétiques conventionnels a été revue, car elle n'était pas en accord avec les directives actuelles de l'American College of Rheumatology (ACR). La nouvelle terminologie de l'EULAR indique que les glucocorticoïdes sont seulement « à considérer » dans ce scénario et souligne qu'ils doivent être interrompus aussi rapidement que possible. Le positionnement des inhibiteurs de JAK, qui figuraient auparavant sur la même liste que les produits biologiques, a été modifié à la lumière de l'essai *ORAL-Surveillance*. Aujourd'hui, les inhibiteurs de JAK peuvent être envisagés comme traitements avancés de première ligne, mais il faut tenir compte des facteurs de risque pertinents en matière d'événements indésirables cardiovasculaires majeurs (ÉICM), de thromboembolie veineuse (TEV) et de malignité. Les données des études en cours sur la sécurité du baricitinib, de RA-BRIDGE et de RA-BRANCH, peuvent modifier cet avis lorsqu'elles seront publiées.

Une présentation intéressante sur l'incidence des lignes directrices par le professeur L. Carmona a confirmé que l'adhésion aux lignes directrices améliorait les résultats, mais a montré que cette adhésion était faible, même dans les centres d'excellence en rhumatologie.

Les questions de genre dans les maladies rhumatismales ont été mises en avant. La nécessité de réaliser davantage d'études a été soulignée, ainsi que la disponibilité d'espaces sûrs et d'un soutien adapté aux femmes. J'ai appris un nouveau sigle, DEIA, qui fait référence à la diversité, à l'équité, à l'inclusion et à l'appartenance, autant d'éléments importants à prendre en compte dans les soins aux patients. L'étude OP0006 a été réalisée dans une optique de genre, en examinant l'exposition à la silice comme facteur de risque de PR chez les femmes, et en constatant que les activités de nettoyage, le lavage de vêtements poussiéreux et la manipulation de talc étaient les principales sources d'exposition.

Si l'on considère les résumés de manière plus générale, 619 couvraient tous les aspects de la PR, 209 concernaient la COVID-19, 112 les maladies orphelines, 74 l'arthrose, 51 l'ostéoporose et 178 le traitement et les aspects cliniques de la polyarthrite psoriasique. Les technologies futuristes comme l'apprentissage automatique, les réseaux neuronaux et l'intelligence artificielle sont souvent évoquées. La COVID longue et la PR difficile à traiter sont des sujets qui m'intéressent également.

Parmi les autres articles qui ont attiré mon attention, citons la fréquence de l'artérite temporale subclinique dans la pseudo-polyarthrite rhizomélitique (PPR) (OP0184), l'étude NORDSTAR sur les différentes stratégies de traitement de la PR précoce (OP0058) et deux études sur le maintien du MTX après l'immunisation contre la COVID-19 (POS0259 et LB0003). J'ai également noté l'étude POS0242 qui montre que les antipaludéens augmentent la rétention des médicaments chez les patients sous produits biologiques et inhibiteurs de JAK.

Les noms des études cliniques faciles à retenir étaient PAISLEY (LB0004), une étude de phase 2 du deucravacitinib pour le lupus érythémateux disséminé (LED), et GLORIA, une étude pragmatique de la prednisolone à faible dose chez les patients atteints de PR âgés de plus de 65 ans.

Dans l'ensemble, ce fut un autre excellent congrès annuel de l'EULAR à tous les égards. L'année prochaine, la rencontre se tiendra à Milan du 31 mai au 3 juin. La présence virtuelle sera-t-elle toujours possible? Non, selon le plan actuel de l'EULAR.

Philip A. Baer, MDCM, FRCPC, FACR

Rédacteur en chef, JSCR, Scarborough (Ontario)

Pénurie de stéroïdes injectables – poèmes inspirés

Par Philip A. Baer, MDCM, FRCPC, FACR, Rusty Goodman, MDCM, FRCPC et Jane Purvis, M.D., FRCPC

Il s'agit de courts poèmes humoristiques (en anglais), écrits dans le contexte d'une récente pénurie de Depo-Medrol® annoncée au printemps 2022, afin d'illustrer à quel point nous manquions d'un traitement de confiance pour la gestion locale des douleurs articulaires, traitement qui est heureusement redevenu disponible sur le marché depuis.

31 Vials of Depo

31 vials of Depo on the shelf,
31 vials of Depo.
If 1 of those vials should happen to fall,
Cancel that injection, make that call.

30 vials of Depo in the cupboard,
30 vials of Depo.
If 1 of those vials should happen to break,
A steroid holiday patients will take.

29 vials of Depo on the tray,
29 vials of Depo.
If 1 of those vials should happen to crack,
No needles today, cut me some slack.

28 vials of Depo in my hands,
28 vials of Depo.
If one of those vials should happen to spoil,
Take some time off, no need to toil.

27 vials of Depo in room one,
27 vials of Depo.
If one of those vials should be lost,
None on black market, regardless of cost.

The Night Before Clinic

Tw'as the night before clinic
And all through the pharms,
Not a Depo was present
First do no harms.

On Shoppers, On Rexall,
On Heritage and Ben's,
If the white stuff is missing
Empty syringes won't mend.

No Covid to blame,
For this tragic affair.
At a gaggle of swollen joints,
I despairingly stare.

I never did dream
That this day I would see.
I guess I'll go ortho,
And inject PRPs.

Roses are Red

Roses are red,
Violets are blue,
No Depo available,
No shots can I do.

Daffodils are yellow,
Daisies are white,
Without Depo-Medrol,
Office days are a fright.

Lavender's purple,
Spring grass is green,
This shortage of steroids,
Is the most annoying I have seen.

Depo at Hand

Do you need Depo at hand?
I do need it rheum, I am.
I do need, Depo in hand.

I would need it for a knee.
I would need it MCP.
I'd inject it pretty quick.
In a bursa I am slick.

Do I need it for a joint?
If no Depo, what's the point?

I do need it for RA.
I can use it in OA.
I can use it for the gout.
I'll inject it all about.

I do need my Depo quick
Kenalog won't do the trick.

* La rédaction a choisi de publier les versions originales anglaises des poèmes afin d'en préserver l'essence.

Still's Got That Fever : la maladie de Still de l'adulte se manifestant par une fièvre d'origine inconnue

Par Ming K. Li, B.H. Sc., Calandra Li, M. Sc., Anas Makhzoum, M.D. et Rohan Philip, M.D.

Résumé : *Still's Got That Fever* est un rapport de cas d'une patiente dans la soixantaine, qui s'est présentée alors qu'elle souffrait depuis deux semaines de fièvres, d'arthralgies diffuses et d'éruptions cutanées de couleur saumon. Compte tenu de la rareté de cette maladie, il a fallu attendre près d'une semaine après son admission pour que le diagnostic de la maladie de Still de l'adulte (MSA) soit posé comme cause de sa fièvre d'origine inconnue. Ce cas souligne l'importance des critères de Yamaguchi, qui demeurent la norme pour poser le diagnostic, un diagnostic clinique. Notre patiente a subi des examens approfondis pour exclure d'autres causes infectieuses, malignes et auto-immunes. En outre, le syndrome d'activation des macrophages (SAM) est une complication potentiellement mortelle de la MSA que les cliniciens doivent connaître. L'examen de référence pour exclure le SAM est la biopsie de la moelle osseuse, qui révélerait une hémophagocytose. Notre patiente ne présentait pas de SAM; elle a été traitée par des stéroïdes et a montré une réponse clinique immédiate. Nous proposons d'autres options pour le traitement de la MSA en fonction de la gravité de la maladie, notamment le méthotrexate et les agents biologiques.

Points clés :

- La MSA est une maladie inflammatoire rare, dont le diagnostic est établi sur des bases cliniques, qui se manifeste par des symptômes comprenant de fortes fièvres, des arthralgies et une éruption maculopapulaire.
- Les investigations doivent inclure un bilan infectieux et inflammatoire, qui montre généralement une élévation de la VSH^a, de la PCR^b et de la ferritine, mais des hémocultures, des taux d'ANA^c et un FR^d négatifs.
- Le SAM est une importante complication potentiellement mortelle rarement associée à la MSA. Il se présente également avec de fortes fièvres, une ferritinémie élevée et des résultats anormaux aux épreuves d'enzymes hépatiques, mais il peut évoluer vers des cytopénies profondes et un dysfonctionnement hépatique. Une biopsie de la moelle osseuse est le meilleur moyen d'exclure le SAM.
- Les stéroïdes sont le pilier du traitement dans les cas modérés de la maladie (habituellement 0,5 à 1 mg/kg/jour). Cependant, les stéroïdes pulsés, le méthotrexate et les biothérapies peuvent être envisagés dans les cas plus sévères ou résistants.

Présentation du cas :

Une femme de 64 ans, par ailleurs en bonne santé, s'est présentée alors qu'elle souffrait depuis deux semaines de fièvres récurrentes (température maximale de 40,0 °C), de frissons, d'otalgie bilatérale, de maux de gorge, d'éruption cutanée généralisée, d'arthralgies et de myalgies migratoires, et de diarrhée non sanglante. Son examen à l'admission était à révélé une fièvre (38,8 °C), des ganglions cervicaux antérieurs mobiles et sensibles de 0,5 cm, et des plaques d'éruptions prurigineuses sur le tronc antérieur, ainsi que sur les deux cuisses et les deux bras. Avec le temps, ses douleurs d'oreille et son mal de gorge se sont résorbés, mais elle a continué à avoir des fièvres quotidiennes à résolution spontanée et des arthralgies, et elle a commencé à manifester une éruption cutanée de couleur saumon.

Ses examens ont révélé une élévation de la ferritine, de la VSH et de la PCR le cinquième jour de son hospitalisation, ainsi que des signes d'arthrite inflammatoire aux poignets, aux coudes et aux genoux. Son bilan infectieux, y compris les pan-cultures et la TDM^e, n'a révélé aucune source d'infection, et ses épreuves des marqueurs rhumatologiques (ANA, ENA^f, ANCA^g, facteur rhumatoïde, anti-CCP^h, étude du complément) étaient toutes normales. La biopsie de la moelle osseuse était normale. D'un point de vue clinique, on lui a diagnostiqué une maladie de Still et instauré un traitement par la prednisone, ce qui a entraîné une amélioration de ses symptômes et des marqueurs inflammatoires. Elle est sortie de l'hôpital dans un état stable sous prednisone avec un suivi rhumatologique ambulatoire. Lors de son suivi à huit semaines, ses symptômes étaient encore bien maîtrisés et le méthotrexate a été ajouté comme agent d'épargne stéroïdienne.

Manifestations cliniques

Les patients atteints de la MSA présentent une multitude de symptômes, les plus courants étant des arthralgies/artrites sévères, des fièvres et des éruptions subaiguës¹. C'est une maladie rare dont l'incidence est de 1/625 000². Dans environ 70 % des cas, comme dans le cas de notre patiente, les patients présentent un mal de gorge prodromique avant la manifestation des symptômes de MSA³. Il existe une distribution bimodale de l'âge (maximas entre 15 et 25 et entre 36 et 46), bien que notre patiente ait été asymptomatique jusqu'à la soixantaine, ce qui est une présentation tardive par rapport aux âges typiques d'apparition de la maladie¹.

Les fièvres qui accompagnent la MSA sont généralement quotidiennes, > 39 °C, et se résolvent spontanément dans les 2 à 4 heures⁴. Une minorité de patients (< 20 %) ont des fièvres deux fois par jour avec une deuxième poussée de fièvre dans la journée⁴. Les patients ont tendance à se sentir très mal pendant ces poussées de fièvre. Compte tenu de ces fièvres, de nombreux patients subissent un bilan d'épreuves à la recherche de causes infectieuses, qui de révèle négatif, et ne répondent pas aux antibiotiques.

L'atteinte articulaire chez les patients atteints de MSA peut commencer par une ou quelques articulations, puis évolue le plus souvent pour devenir polyarticulaire, touchant à la fois les petites et les grandes articulations⁵. L'arthrocentèse révèle généralement une arthrite inflammatoire. Notre patiente présentait des arthralgies bilatérales du genou, du poignet et du coude. Nous n'avons pas procédé à l'arthrocentèse étant donné l'amélioration de son état sous stéroïdes et notre niveau de certitude diagnostique.

Les éruptions cutanées sont très fréquentes chez les personnes atteintes de MSA. Elles sont décrites de manière caractéristique comme des éruptions non prurigineuses de couleur saumon généralement présentes sur le tronc, les bras ou les jambes⁵. Chez certains patients, cette éruption ne se manifeste que pendant les fièvres⁴. Notre patiente présentait effectivement une éruption de couleur saumon, mais elle était assez prurigineuse, nécessitant des lotions topiques puissantes, et persistait pendant les périodes afebriles.

Diagnostic

La MSA est avant tout un diagnostic clinique, et un diagnostic différentiel exhaustif doit toujours être envisagé, étant donné la multitude de symptômes non spécifiques. Il n'existe pas d'examen permettant de confirmer qu'il s'agit bien de la MSA, mais la présentation clinique et les résultats de laboratoire doivent être utilisés conjointement pour poser le diagnostic. Il s'agit généralement

d'un diagnostic d'exclusion. Les critères de Yamaguchi, décrits pour la première fois en 1992, ont une sensibilité de 96,2 % et une spécificité de 92,1 %². Un diagnostic de MSA requiert ≥ 5 critères (≥ 2 critères majeurs) et l'absence de critères d'exclusion. Les critères sont présentés au Tableau 1, les critères majeurs comprenant une fièvre ≥ 1 semaine, des arthralgies ≥ 2 semaines, une éruption cutanée non prurigineuse caractéristique et une leucocytose correspondant à ≥ 10 000/mm³(²). Notre patiente répondait à 3 critères majeurs et 3 critères mineurs.

En cas de suspicion d'une MSA, les examens importants sont les suivants : FSC¹, enzymes hépatiques, VSH, PCR, ferritine, ANA et RF⁴. Un bilan infectieux comprenant des pancultures doit être réalisé pour exclure les maladies infectieuses. Comme le montre le cas de notre patiente, les patients présentent généralement une numération leucocytaire, une ferritinémie, une VSH et des taux de PCR élevés, mais des résultats négatifs aux épreuves d'ANA et de RF. Il n'y avait aucun signe clinique d'une autre maladie rhumatologique. Enfin, sa TDM intégrale n'a montré aucun signe d'affection maligne. Elle ne répondait donc à aucun des critères d'exclusion.

La MSA n'est généralement pas une maladie qui met la vie des patients en danger. Cependant, le SAM est une complication rare potentiellement mortelle et dont les médecins doivent être conscients. Ces patients présentent une forte fièvre, une ferritinémie élevée et des résultats anormaux aux épreuves d'enzymes hépatiques. De plus, leur état peut se détériorer rapidement. Une biopsie de la moelle osseuse montrerait une hémophagocytose, et devrait être fortement envisagée pour exclure cette complication potentiellement mortelle⁴. La biopsie de notre patiente était normale.

Traitement

Étant donné que la MSA est assez rare, le traitement est extrapolé à partir d'autres affections auto-immunes telles que la polyarthrite rhumatoïde (PR) et le lupus érythémateux disséminé (LED). La prise en charge de la MSA dépend de la gravité de la maladie, les stéroïdes constituant le pilier du traitement⁶.

Comme il n'existe pas d'outil de pronostic bien validé pour la MSA, les objectifs du traitement visent à maîtriser les signes inflammatoires, les symptômes et les indices de laboratoire⁴. Une maladie légère à modérée, définie par des symptômes non invalidants, peut être traitée initialement par des AINS^j et des glucocorticoïdes. Selon la gravité de la maladie et l'évaluation individuelle du patient, les doses initiales de glucocorticoïdes, comme la prednisone, peuvent aller de 0,5 mg/kg/jour à 1 mg/kg/jour.

La maladie modérée à sévère, caractérisée par des symptômes débilissants persistants, peut nécessiter l'ajout d'un agent

Tableau 1.

Critères de Yamaguchi²

Critères majeurs	Critères mineurs	Critères d'exclusion
Fièvre (39 °C) pendant ≥ 1 semaine	Mal de gorge	Infection
Arthralgie ou arthrite pendant ≥ 2 semaines	Lymphadénopathie	Tumeur maligne
Éruption typique, non prurigineuse, de couleur saumon	Splénomégalie	Autre maladie rhumatismale (vascularite)
Leucocytose correspondant à ≥ 10 000/mm ³ et présentant 80 % de granulocytes	Taux anormaux d'enzymes hépatiques	
	ANA et RF négatifs	

biologique, comme l'anakinra, ou d'autres inhibiteurs de l'interleukine-1. L'anakinra a montré son efficacité en monothérapie en début de maladie et pour prévenir l'arthrite chronique et l'inflammation par la suite⁷. À ce stade, un traitement d'association avec des glucocorticoïdes peut être nécessaire pour maîtriser les symptômes. En outre, les ARMM^k, tels que le méthotrexate, peuvent être instaurés lorsque les symptômes persistent plus de deux semaines, ou en tant qu'adjuvants à long terme de la corticothérapie dégressive. Le méthotrexate peut être utilisé pendant 3 à 6 mois après l'arrêt des stéroïdes.

Conclusion

Compte tenu de sa rareté et de ses symptômes non spécifiques, la MSA est une maladie inflammatoire systémique qui peut être difficile à diagnostiquer et à traiter. Ses caractéristiques (poussées de fièvre, arthrite, éruption cutanée et ferritinémie élevée) peuvent échapper aux cliniciens. Ce rapport souligne l'importance de reconnaître la MSA afin d'instaurer un traitement précoce, et la nécessité de poursuivre les recherches pour optimiser les options thérapeutiques.

Glossaire :

- a. VSH : vitesse de sédimentation des hématies
- b. PCR : protéine C réactive
- c. ANA : anticorps antinucléaires
- d. FR : facteur rhumatoïde
- e. TDM : tomodynamométrie
- f. ENA : antigène nucléaire soluble
- g. ANCA : anticorps antineutrophiles cytoplasmiques
- h. anti-CCP : anticorps antipeptides cycliques citrullinés
- i. FSC : formule sanguine complète
- j. AINS : anti-inflammatoires non stéroïdiens
- k. ARMM : médicaments antirhumatismaux modificateurs de la maladie

Références :

1. Yamaguchi M, Ohta A, Tsunematsu T, et coll. Preliminary criteria for classification of adult Still's disease. *J Rheumatol*. 1992 Mar 1; 19(3):424-30.
2. Magadur-Joly G, Billaud E, Barrier JH. Epidemiology of adult Still's disease: estimate of the incidence by a retrospective study in west France. *Ann Rheum Dis*. 1995 Jul; 54(7):587-90.
3. Gerfaud-Valentin M, Jamilloux Y, Iwaz J, et coll. Adult-onset Still's disease. Autoimmunity reviews. 2014 Jul 1; 13(7):708-22.
4. Giacomelli R, Ruscitti P, Shoenfeld Y. A comprehensive review on adult onset Still's disease. *J Autoimmun*. 2018 Sep; 93:24-36.
5. Kadavath S, Efthimiou P. Adult-onset Still's disease—pathogenesis, clinical manifestations, and new treatment options. *Ann Med*. 2015 Feb; 47(1):6-14.
6. Pouchot J, Sampalis JS, Beaudet F, et coll. Adult Still's disease: manifestations, disease course, and outcome in 62 patients. *Medicine (Baltimore)*. 1991 Mar; 70(2):118-36.
7. Franchini S, Dagna L, Salvo F, et coll. Efficacy of traditional and biologic agents in different clinical phenotypes of adult-onset still's disease. *Arthritis Rheum*. 2010 Aug; 62(8):2530-5.

Remerciements : Les auteurs tiennent à remercier la D^{re} Melissa Sergi, le D^r Gregory Gaisano et le D^r Vlad Dragan pour leur participation au sein de l'équipe médicale. Nous tenons à remercier notre patiente pour avoir donné son consentement à faire l'objet de ce rapport de cas clinique.

Ming K. Li, B.H. Sc.

Faculté de médecine Temerty, Université de Toronto, Toronto (Ontario)

Calandra Li, B. Sc.

Faculté de médecine Temerty, Université de Toronto, Toronto (Ontario)

Anas Makhzoum, M.D.

Division de rhumatologie, Trillium Health Partners, Mississauga (Ontario)

Rohan Philip, M.D.

Médecine interne générale, Hôpital général de Toronto, Université de Toronto Toronto (Ontario)

Annexe

Tableau 2.

Tendances des analyses sanguines par jour d'hospitalisation

	Jour 3	Jour 6*	Jour 8	Jour 9	Jour 12	Jour 13
Hémoglobine (g/L)	113	120	103	–	120	–
Globules blancs (x 10 ⁹ /L)	4,5	5,4	9,4	–	11,3	–
Granulocytes (%)	80 %	83 %	92 %	–	81 %	–
Plaquettes (x 10 ⁹ /L)	242	183	186	–	371	–
VSH (mm/1 hour)	45	–	63	59	–	–
PCR (mg/L)	30,8	67,1	20	21,1	26	27,4
Ferritine (ng/mL)	6 405	>16 500	11 323	6 056	3 102	2 977

* Prednisone commencée le 6^e jour d'hospitalisation

Point de vue d'une patiente : Cristina Montoya

À 22 ans, alors que je vivais dans ma ville natale de Medellín, en Colombie, j'ai reçu un diagnostic de polyarthrite rhumatoïde (PR) et de syndrome de Sjögren. C'était ma dernière année dans le programme de premier cycle en nutrition et diététique. Ma PR était si agressive que le simple fait de soulever une feuille de papier ou de taper sur un clavier devenait une corvée douloureuse. Un an après le diagnostic, j'ai commencé à présenter des déformations articulaires, car l'ère des médicaments biologiques n'en était qu'à ses débuts et ceux-ci m'étaient inaccessibles pour des raisons financières. J'étais terrifiée à l'idée de ne pas pouvoir obtenir mon diplôme de nutritionniste-diététicienne avec mes pairs. Grâce à une forte dose de corticostéroïdes, j'ai pu atteindre la ligne d'arrivée.

Je suis arrivée au Canada en 2007 et j'ai pensé que la meilleure façon de m'adapter à un nouveau pays était de cacher ma douleur et de passer à autre chose. Il n'y avait pas de ressources pour les nouveaux immigrants atteints de maladies auto-immunes. J'ai affronté mon premier hiver canadien, j'ai travaillé sans relâche pour valider mon diplôme de diététicienne professionnelle et j'ai concentré mes efforts sur l'aide aux personnes âgées dans les foyers de soins de longue durée. Je voulais me sentir normale sans penser à ma maladie. En 2015, j'ai rejoint la Sjögren's Society of Canada et j'ai continué à faire du bénévolat pour cet organisme d'une façon ou d'une autre depuis ma première rencontre. Malheureusement, il n'existe aucun traitement précis du syndrome de Sjögren, ce qui fait que les patients se sentent isolés et laissés pour compte par de nombreux fournisseurs de soins de santé. Dans ma pratique de diététicienne et mon travail bénévole auprès de groupes de soutien à travers le Canada, neuf patients sur dix atteints du syndrome de Sjögren souffrent de xérostomie, de dysphagie et de problèmes digestifs qui nuisent à leur qualité de vie.

Aujourd'hui, à 40 ans, je suis la fière maman d'un petit garçon espiègle de 3 ans et j'ai eu l'honneur de présenter l'atelier *Beyond Dry Eyes and Dry Mouth: Managing Digestive Disorders in Patients with Sjögren's Syndrome* (Au-delà de la sécheresse oculaire et buccale : prise en charge les troubles digestifs chez les patients atteints du syndrome de Sjögren) lors de la réunion scientifique annuelle de la SCR de cette année.



J'ai été agréablement surprise lorsque mon propre rhumatologue a assisté à l'atelier et m'a remercié d'avoir fait part à l'auditoire de mon expérience personnelle et professionnelle du syndrome de Sjögren.

Malgré la COVID-19 et un autre échec du traitement de la PR, j'ai réussi à mettre en place un petit programme de groupe de cinq semaines pour les femmes atteintes du syndrome de Sjögren, intitulé *Surviving Summer with Sjögren's* (Survivre à l'été avec le syndrome de Sjögren). La feuille de route du programme comprenait la mise en place d'un mode d'alimentation anti-inflammatoire, l'élaboration de repas et de collations équilibrés, la mise en œuvre de stratégies de déglutition sûres, la création de trousseaux alimentaires d'urgence, des routines de soins personnels et

la prise en charge des problèmes digestifs courants. Les participants ont également eu accès à un planificateur de repas intuitif pour les aider à faire leurs propres choix de repas.

Après avoir vécu pendant 20 ans avec des maladies rhumatismales inflammatoires, je me suis rappelé que vivre avec des maladies chroniques est un marathon, et non un sprint. Nous devons nous concentrer sur ce que nous pouvons contrôler. L'autonomisation, des systèmes de soutien solides et la collaboration avec nos fournisseurs de soins de santé sont nos outils les plus puissants pour nous épanouir malgré la PR et le syndrome de Sjögren. Il y a des difficultés, des moments de tristesse et des moments où l'on a envie d'abandonner; mais dans ces moments, je pense à toutes les relations significatives que j'ai nouées malgré la PR et le syndrome de Sjögren, et même grâce à ces maladies.

Cristina Montoya, R.D., professionnelle de la santé

Diététicienne professionnelle

Praticienne holistique du cannabis

Membre de l'Arthritis Health Professions Association (AHPA)

Diététicienne spécialiste de l'arthrite

www.arthritisdietitian.com

Oshawa (Ontario)

Prix du formateur d'enseignants émérite 2022 de la SCR : Dr Stephen Aaron

Selon vous, quelles sont les qualités d'un bon pédagogue?

Un bon pédagogue possède les qualités suivantes :

1. Il écoute les élèves et détermine ce dont ils ont besoin pour s'améliorer, et il est un bon coach.
2. Il a une bonne maîtrise de son domaine, mais à un niveau conscient; il a un cadre conceptuel.
3. Il peut faire preuve d'empathie envers les élèves; il sait quand ils ont peur, sont frustrés ou sont fatigués.

D'où croyez-vous que provient votre passion pour la formation médicale?

Ma passion pour la formation médicale est née du fait que j'ai eu de bons professeurs. Au fil des ans, l'accent a été mis non plus sur l'enseignant, mais sur l'apprenant. On entend moins les enseignants dire « je leur ai dit ça » que « ils s'en sont occupé ». Des plans de cours aux activités professionnelles fiables (APC).

Quels moments forts avez-vous vécus jusqu'à maintenant dans votre carrière? Quels défis avez-vous dû surmonter?

Parmi les faits marquants, soulignons le passage d'un programme d'études traditionnel à la Faculté de médecine de l'Université de l'Alberta à un programme d'apprentissage par résolution de problèmes (ARP); la création d'un programme de compétences cliniques pour les étudiants en médecine et la participation à la création d'une nouvelle école de médecine et d'un programme de rhumatologie au Népal.

Quelle est la réalisation dont vous êtes le plus fier jusqu'à maintenant?

Les moments dont je suis le plus fier : recevoir un appel téléphonique d'un étudiant ou d'un résident qui a posé un diagnostic ou traité un patient avec assurance en utilisant les outils d'examen physique ou les principes que je lui ai enseignés.

Avez-vous le souvenir d'un professeur qui vous a inspiré et qui a orienté votre propre parcours vers l'enseignement?

Un bon professeur : le Dr A. M. Edwards (Buzz), qui m'a enseigné pendant ma première année d'externat clinique. Il se souciait des



étudiants et des patients. Il était immensément curieux et il s'amusait toujours à faire ce qu'il faisait.

Plus récemment, vous avez contribué à faire progresser le traitement de l'arthrite au Népal et dans les communautés des Premières Nations. Au Népal, vous avez contribué à lancer le premier programme de formation en rhumatologie. Pouvez-vous nous en dire plus sur votre travail au Népal ainsi que sur les communautés des Premières Nations ici au Canada?

Au Népal, il n'y avait que deux rhumatologues, travaillant dans le même hôpital public; nous avons mis en place un cadre complet de formation des résidents basé sur les normes du Collège royal, recruté deux diplômés en médecine interne, qui ont depuis obtenu leur diplôme. Les cliniques des communautés des Premières

Nations étaient moins durables; les problèmes qui s'y posent ne peuvent être résolus simplement en déplaçant le système de soins de santé conventionnel vers la réserve.

On entend fréquemment parler des inégalités dont sont victimes les groupes des Premières Nations sur le plan de l'accès à des soins de santé de qualité. Qu'est-ce qui explique qu'il existe toujours une telle lacune et quelles mesures devraient être prises (par le gouvernement et les dirigeants) pour y remédier?

Je n'ai pas la compétence pour répondre à cette question. La littérature sur les résultats en matière de santé indique que les patients riches et bien éduqués s'en sortent mieux, quelle que soit la maladie dont il est question. Je suppose qu'à moins de s'attaquer à l'éducation, à la pauvreté et aux inégalités sociales, rien de ce que nous ferons au sein du système de soins de santé lui-même n'aura d'incidence notable.

En tant qu'enseignant et formateur respecté, que conseillez-vous aux futurs rhumatologues?

Conseil à un futur rhumatologue : assurez-vous d'explorer la rhumatologie dans toute son étendue avant de vous surspécialiser. Je constate que de nombreux centres disposent de cliniques très spécialisées au sein desquelles les résidents en rhumatologie effectuent des stages; il y a quelque chose à dire sur le fait

d'être suffisamment polyvalent pour passer rapidement de la polyarthrite rhumatoïde (PR) au lupus érythémateux disséminé (LED) ou à une maladie touchant le mécanisme des articulations ou des tendons.

Si vous n'étiez pas rhumatologue ou professeur enseignant, quel autre parcours professionnel auriez-vous choisi?

J'aurais pu être architecte ou mathématicien.

Si vos journées comptaient une heure de plus, comment l'utiliseriez-vous?

Je passerais plus de temps dans le jardin.

Si vous vous retrouviez sur une île déserte, quel livre aimeriez-vous apporter avec vous?

Si Wikipédia était un livre, c'est ce que j'apporterais.

*Stephen Aaron, M.D., FRCPC
Professeur, Département de médecine,
Division de rhumatologie,
Faculté de médecine,
Université de l'Alberta
Edmonton (Alberta)*

BIENVENUE EN RHUMATO

Nous souhaitons la bienvenue aux nouveaux membres de la SCR :

Razan Al Yaarubi, Toronto, Ont.
Hafsah Al Azem, Calgary, Alb.
Fatema Alkhamees, Vancouver, C.-B.
Kawthar Abduldaem Alsulami, Ottawa, Ont.
Shamma Alzaabi, Vancouver, C.-B.
Jason An, Toronto, Ont.
Keltie Anderson, Saskatoon, Sask.
Megan Barber, Calgary, Alb.
Karen Beattie, Dundas, Ont.
Michael Buchanan, Prince George, C.-B.
Glynis Byrne, Kingston, Ont.
Shane Cameron, Winnipeg, Man.
Michael Catarino, Montréal, Qc
Matthew Chan, Saskatoon, Sask.
Audrey-Anne Couture, Montréal, Qc

Mojtaba Dabaghjamanesh, London, Ont.
Molly Dushnicky, Toronto, Ont.
Evelyne Gendron, Québec, Qc
Kaïen Gu, Winnipeg, Man.
Fares Kalache, Montréal, Qc
Wassim Karkache, Ottawa, Ont.
Alexandra Kobza, Calgary, Alb.
John Krakovsky, London, Ont.
Andrew Kwan, Toronto, Ont.
Timothy Kwok, Markham, Ont.
Malcolm MacKenzie, Toronto, Ont.
Greta Mastrangelo, Toronto, Ont.
Haonan Mi, Thornhill, Ont.
Dalal Mohammad, Vancouver, C.-B.
Anton Moshynskyy, Saskatoon, Sask.
Oscar Mwizerwa, Toronto, Ont.

Tripti P. Papneja, Brampton, Ont.
Gilda Parastandehchehr, Montréal, Qc
Mary Purcell, Halifax, N.-É.
Patricia Remalante Rayco, Toronto, Ont.
Micol Romano, London, Ont.
Cassandra Schulz, St. Mary's, Ont.
Teresa Semalulu, Hamilton, Ont.
Shreyasi Sharma, Saskatoon, Sask.
Hao Shen, Montréal, Qc
Cheuk Hei (Keith) Tam, Richmond Hill, Ont.
Milica Tanic, Toronto, Ont.
Karine Toupin April, Ottawa, Ont.
Stefanie Wade, Vancouver, C.-B.
Yanzhu Xu, Burnaby, C.-B.
Alan Zhou, Scarborough, Ont.



D^{re} Elizabeth Hazel

Tableau d'honneur de l'enseignement de McGill

La D^{re} Hazel a été nommée par le Département de médecine pour figurer sur le prestigieux Tableau d'honneur de l'enseignement de McGill pour son excellence en enseignement. L'objectif de ce prix est de reconnaître les contributions exceptionnelles à la formation au sein de la Faculté de médecine et des sciences de la santé, dans les domaines de l'enseignement, du leadership et de l'innovation en matière de formation, du développement du corps professoral, de la recherche et des activités scientifiques.

Elle a été récompensée pour son travail de restructuration des programmes de résidence en rhumatologie et pour avoir fait progresser l'enseignement de la rhumatologie à l'échelle locale et nationale, notamment par son travail d'élaboration d'un programme national de résidence en rhumatologie qui répond aux besoins des apprenants d'aujourd'hui.



D^{re} Susan Humphrey-Murto

Prix Duncan Graham du CRMCC

La D^{re} Susan Humphrey-Murto a reçu le prix Duncan Graham du Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada (CRMCC) en reconnaissance de sa contribution exceptionnelle à la formation médicale. La D^{re} Humphrey-Murto s'est engagée dans la recherche en enseignement et l'a soutenue tout au long de sa carrière. Parmi les postes qu'elle a occupés, citons celui de registraire adjointe du Conseil médical du Canada et celui de coprésidente du Comité de recherche et de développement en éducation (CRMCC). Elle est actuellement titulaire d'une chaire de recherche de niveau 2 pour la recherche en formation médicale de l'Université d'Ottawa. Elle a publié des articles dans les domaines de la mesure authentique, de la partialité des évaluateurs, du transfert de connaissances des apprenants et de l'utilisation de méthodes de consensus en groupe, telles que la méthode Delphi, dans la recherche. Dans le cadre de ses fonctions de directrice du programme de bourses d'études en médecine et de superviseuse de recherche, elle a encadré de nombreux étudiants.



D^r Sahil Koppikar

Prix d'enseignement du WCH décerné aux enseignants/formateurs

Le D^r Koppikar a reçu le prix d'enseignement du Women's College Hospital (WCH) décerné aux enseignants/formateurs, qui récompense un professionnel de la santé ayant fait preuve d'un engagement exceptionnel dans l'enseignement clinique ou la supervision clinique d'étudiants/apprenants au Women's College Hospital et à l'Université de Toronto.

Le D^r Koppikar est rhumatologue au WCH et professeur adjoint à l'Université de Toronto. Il est également directeur du Timmins Arthritis Program et président du comité responsable du Nord de l'Ontario de l'Ontario Rheumatology Association.



D^r Alan Rosenberg
Ordre du mérite de la Saskatchewan

Le D^r Alan Rosenberg a reçu l'Ordre du mérite de la Saskatchewan, la plus haute distinction de la province. Ce prix reconnaît les contributions du Dr Rosenberg aux soins, à la recherche et à l'enseignement en pédiatrie et en rhumatologie pédiatrique. Le D^r Rosenberg, pédiatre rhumatologue, est professeur à l'Université de la Saskatchewan et directeur du Laboratoire de recherche sur les maladies rhumatismales pédiatriques. Il est cofondateur de la Children's Health Foundation of Saskatchewan, qui a ouvert la voie à la mise sur pied de l'Hôpital pour enfants Jim Pattison de la Saskatchewan. Conscient de la valeur de la collaboration, il facilite les partenariats pour améliorer la santé des enfants, faire progresser la recherche et inspirer la prochaine génération de soignants et de scientifiques.



D^{re} Dharini Mahendira
Prix de l'enseignement William Goldie

Félicitations à la D^{re} Dharini Mahendira, qui a reçu le prix de l'enseignement William Goldie. Ce prix est décerné à un membre du Département de médecine de l'Université de Toronto qui a contribué de manière notable à la formation des médecins par l'enseignement. Le prix Goldie est considéré comme l'un des prix d'enseignement les plus prestigieux pour les professeurs en début ou en milieu de carrière à l'Université de Toronto.

La D^{re} Mahendira est enseignante clinicienne à l'Hôpital St. Michael de l'Université de Toronto, elle a été reconnue tant à l'échelle locale qu'à l'échelle nationale pour son excellence en matière d'enseignement et de formation. Elle a contribué à plusieurs initiatives de sensibilisation de la Société canadienne de rhumatologie (SCR), notamment en codirigeant le sous-comité de la formation médicale postuniversitaire et le programme national de résidence en rhumatologie.

PRIX, NOMINATIONS ET DISTINCTIONS

Le *JSCR* souhaite reconnaître les contributions de ses lecteurs au domaine médical et à leurs communautés locales. Pour que de telles récompenses, nominations ou distinctions puissent être mentionnées dans un prochain numéro, veuillez faire parvenir les noms des récipiendaires, les détails pertinents et un bref compte rendu de ces honneurs à l'adresse jyotip@sta.ca. Les soumissions de photos sont vivement encouragées.

Résultats du sondage : *Choisir avec soin* (SCR) – Commande de tests de détection du FR et des AAPC, et suivi des ARMM

Le sondage *Articulons nos pensées* de ce numéro, mené en collaboration avec le sous-comité *Choisir avec soin* de la SCR, visait à mieux comprendre quand les tests FR (facteur rhumatoïde) et anti-CCP (anticorps anti-peptide cyclique citrulliné) sont demandés, et comment s'effectue le suivi des ARMM (antirhumatismeux modificateurs de la maladie). Le sous-comité *Choisir avec soin* de la SCR (au moment de la rédaction de cet article) prévoit de publier cet automne de nouvelles recommandations concernant la prescription des tests FR et anti-CCP, et le suivi des ARMM (ces recommandations sont présentées dans l'encadré ci-dessous). Le sondage a été envoyé aux membres de la SCR (603 membres). Au total, 68 réponses ont été obtenues.

La première question du sondage portait sur la fréquence à laquelle les membres effectuaient le suivi des analyses de laboratoire d'un patient qui reçoit des doses stables d'ARMM non biologiques. La plupart (environ 70 %) ont répondu « tous les 3 mois », tandis que 18 % ont répondu « tous les 2 mois », 9 % ont répondu « moins souvent que tous les 3 mois » et seuls 3 % ont répondu « tous les mois ». Un répondant a souligné le manque de précision de la question et la nécessité de prendre également en compte les affections concomitantes des patients.

La question suivante demandait aux membres de préciser les tests dont ils assurent le suivi chez les patients sous traitement au méthotrexate. Les réponses sont présentées dans le graphique ci-contre. La FSC (formule sanguine complète) et le dosage de l'alanine aminotransférase (ALT) sont presque universellement demandés. Dans l'ensemble, il semble y avoir une grande variabilité dans les tests demandés et leur fréquence. Il convient de noter que certaines provinces, comme l'Ontario, limitent la prescription de l'aspartate aminotransférase (AST) aux spécialistes en gastro-entérologie. De plus, avec la crise des ressources humaines qui touche actuellement la médecine de laboratoire, les médecins ont été invités à revoir leurs protocoles de demande de tests de routine, en particulier pour les tests non spécifiques comme la vitesse de sédimentation érythrocytaire (VS).

Pour la question suivante, seuls 26 % des répondants au sondage savaient que les symptômes situés dans les articulations métatarsophalangiennes (MTP) ne font pas partie de la définition de l'EULAR des arthralgies cliniquement suspectes (ACS) à risque de développer une polyarthrite rhumatoïde (PR). La définition de

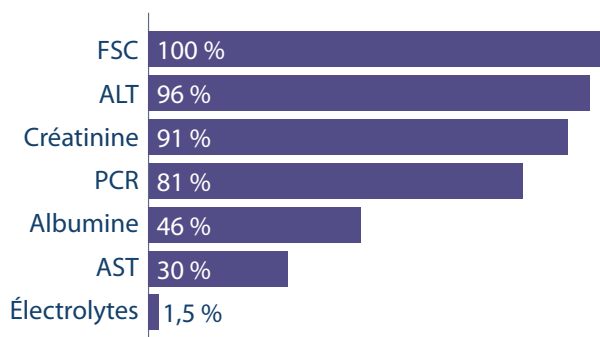
l'ASC selon l'EULAR comprend les symptômes suivants : nouvelles douleurs articulaires, douleurs dans les articulations métacarpophalangiennes (MCP), raideur matinale > 60 minutes, symptômes les plus graves le matin, présence d'un parent du premier degré atteint de PR, difficulté à serrer le poing et test de compression MCP positif.

En ce qui concerne la dernière question, les résultats montrent qu'environ un quart seulement des répondants savaient que, parmi les personnes présentant une arthralgie cliniquement significative avec FR et anti-CCP positifs, 30 à 60 % ne développeront jamais de PR (pour plus d'informations, consultez le site rheum.ca/fr/resources/choisir-avec-soin/).

La SCR aimerait connaître vos impressions. Si vous souhaitez nous faire part de vos commentaires sur le sondage, veuillez communiquer avec Mona Bosinceanu à mbosinceanu@rheum.ca. Pour de plus amples renseignements, consultez les sites suivants : choisiravecsoin.org/ et rheum.ca/fr/resources/choisir-avec-soin/.

Graphique 1.

Chez un patient sous méthotrexate, les analyses de laboratoire que je surveille régulièrement sont (choisissez toutes les réponses qui s'appliquent) :



FSC : formule sanguine complète; ALT : alanine aminotransférase; PCR : protéine C-réactive; AST : aspartate aminotransférase

Deux nouvelles déclarations *Choisir avec soin* :

Les tests de détection du FR et des AAPC

Évitez de demander un test FR ou anti-CCP chez les patients souffrant d'une arthralgie, mais dont l'examen physique ne révèle pas d'arthrite.

La surveillance des ARMM

Évitez de demander des analyses de laboratoire pour évaluer la toxicité médicamenteuse (formule sanguine complète, enzymes hépatiques, créatinine) plus fréquemment qu'une fois toutes les 12 semaines pour les patients qui reçoivent des doses stables d'ARMM non biologiques.

N.-É.

Nouvelles régionales de la Nouvelle-Écosse

Par Volodko Bakowsky, M.D., FRCPC

Boom! C'est le son des changements sismiques qui se sont produits récemment en rhumatologie en Nouvelle-Écosse.

Après une longue et brillante carrière, le Dr John Hanly a pris sa retraite des soins cliniques le 1^{er} juillet 2022. Lui et sa femme Noreen prévoient de partager leur temps entre Halifax et l'Irlande.

Plus de gens que jamais s'installent dans notre province, ce qui a pour effet d'allonger nos listes d'attente. S'il y a des rhumatologues qui aimeraient respirer l'air marin et se loger à moindre coût ici en Nouvelle-Écosse, faites-le-moi savoir.



Dr John Hanly



Dr^e Alex Legge

C'est à l'indomptable Dr^e Alex Legge que revient la lourde tâche de le remplacer. La Dr^e Legge s'est jointe à la division dans un poste de recherche important après avoir effectué une année de recherche à l'Université de la Colombie-Britannique (UBC) sous la supervision de Diane Lacaille.

Les rhumatologues d'Halifax ont créé des « serre-livres » au sein du comité exécutif de la Société canadienne de rhumatologie (SCR), puisque la Dr^e Evelyn Sutton est maintenant présidente sortante et la Dr^e Trudy Taylor est nouvellement en poste comme vice-présidente.

La Dr^e Julie Mongeau a terminé sa résidence en rhumatologie il y a un an et a ouvert un cabinet à Truro, en Nouvelle-Écosse. Elle attend actuellement son premier enfant.

La Dr^e Janet Roberts a eu un petit garçon, Henry, et termine son congé de maternité tout en commençant une maîtrise en santé publique à Harvard. Elle reprendra les soins cliniques à la fin de l'été.

En association avec la QEII Health Sciences Foundation, une dotation de 4 millions de dollars a été créée pour une chaire de recherche en rhumatologie. Le recrutement pour ce poste commencera bientôt.



Dr^e Janet Roberts et son fils, Henry.

Volodko Bakowsky, M.D., FRCPC
Directeur et chef de division intérimaire,
Professeur agrégé, Division de rhumatologie,
Département de médecine, Université Dalhousie
Halifax (Nouvelle-Écosse)

SIMPONI®

Efficacité démontrée. Profil d'innocuité démontré.

DEPUIS 2009



DEPUIS 2009



DEPUIS 2009



SIMPONI®, en association avec le MTX, est indiqué pour la réduction des signes et des symptômes et l'amélioration du fonctionnement physique chez les patients adultes atteints de PR modérément à sévèrement active, et pour ralentir la progression des dommages structuraux chez les patients adultes atteints de PR modérément à sévèrement active et qui n'ont pas reçu de traitement antérieur par le MTX.

SIMPONI® est indiqué pour : 1) la réduction des signes et des symptômes de la maladie, pour le ralentissement de la progression des dommages structuraux et pour l'amélioration du fonctionnement physique chez les patients adultes atteints de RP modérément à sévèrement actif. SIMPONI® peut être utilisé en association avec du MTX chez les patients qui ne répondent pas bien au MTX seul; 2) la réduction des signes et des symptômes chez les patients adultes atteints de SA active dont la réponse au traitement standard n'est pas satisfaisante; 3) le traitement des adultes atteints de nr-Ax SpA active grave qui présentent des signes objectifs d'inflammation, tels qu'un taux élevé de CRP et/ou des signes visibles à l'IRM et dont la réponse aux AINS est inadéquate ou qui ne tolèrent pas ces médicaments.

Réactions indésirables les plus fréquentes

Infection des voies respiratoires supérieures : SIMPONI® 7 %, placebo 6 %; nasopharyngite : SIMPONI® 6 %, placebo 5 %

USAGE CLINIQUE :

Patients pédiatriques : L'innocuité et l'efficacité de SIMPONI® n'ont pas été établies chez les enfants.

Personnes âgées (≥ 65 ans) : La prudence s'impose lors du traitement des patients âgés.

CONTRE-INDICATIONS :

- Infections graves telles que sepsis, tuberculose ou infections opportunistes.
- Insuffisance cardiaque congestive modérée ou grave (de classe III ou IV selon la NYHA).

MISES EN GARDE ET PRÉCAUTIONS

LES PLUS IMPORTANTES :

Infections:

- Des infections graves ayant entraîné une hospitalisation ou un décès, y compris le sepsis, la tuberculose, les infections fongiques invasives et d'autres infections opportunistes, ont été observées à la suite de l'emploi d'antagonistes du TNF, y compris le golimumab. Si un patient présente une infection grave ou un sepsis, le traitement par SIMPONI® doit

être cessé. Le traitement par SIMPONI® ne doit pas être instauré chez des patients présentant des infections actives, y compris des infections chroniques et localisées.

- Les médecins doivent user de prudence lorsqu'ils envisagent de prescrire SIMPONI® aux patients ayant des antécédents d'infections récurrentes ou latentes (y compris la tuberculose), ou des troubles sous-jacents, qui pourraient les prédisposer à des infections, ou aux patients ayant résidé dans des régions où la tuberculose et les infections fongiques invasives, comme l'histoplasmosse, la coccidioidomycose ou la blastomycose, sévissent à l'état endémique.
- La tuberculose (principalement sous la forme clinique disséminée ou extrapulmonaire) a été observée chez des patients ayant reçu des inhibiteurs du TNF, y compris le golimumab. La tuberculose pourrait être due à la réactivation d'une tuberculose latente ou à une nouvelle infection.
- Avant d'entreprendre un traitement par SIMPONI®, il importe d'évaluer tous les patients, afin de s'assurer qu'ils ne sont pas atteints de la forme active ou latente

de la tuberculose.

- Chez les patients faisant l'objet d'un diagnostic de tuberculose latente, un traitement antituberculeux doit être instauré avant de commencer un traitement par SIMPONI®.
- Les médecins doivent surveiller les patients recevant SIMPONI®, y compris les patients ayant un résultat négatif au test de dépistage de la tuberculose latente, afin de détecter tout signe ou symptôme de tuberculose active.

Affections malignes :

- Des lymphomes et autres affections malignes, parfois fatals, ont été signalés chez des enfants et des adolescents ayant reçu un traitement par des inhibiteurs du TNF, classe de médicaments dont fait partie le golimumab.

AUTRES MISES EN GARDE ET

PRÉCAUTIONS PERTINENTES :

- Risque de réactivation du virus de l'hépatite B.
- Risque d'affections malignes.
- Risque d'aggravation ou d'apparition d'une insuffisance

**EFFICACITÉ
DÉMONTRÉE**

une fois par mois
Simponi[®]
golimumab

PLUS
DE **10** ANS
D'EXPÉRIENCE

DEPUIS 2016



Plus de 10 ans
d'expérience au Canada*.

Soutien pour vous et vos patients
dans les années à venir.

UN SCHÉMA POSOLOGIQUE
mensuel SIMPLE

50 mg **UNE FOIS PAR MOIS** à la même date chaque mois



- cardiaque congestive.
- Risque d'infection avec l'emploi concomitant de l'anakinra ou de l'abatacept ou d'autres agents biologiques; l'emploi concomitant de ces médicaments n'est pas recommandé.
 - Risque de réactions hématologiques.
 - Risque de réactions d'hypersensibilité.
 - Risque de sensibilité au latex.
 - Risque d'infections cliniques, y compris des infections disséminées, avec l'administration concomitante de vaccins vivants et d'agents infectieux thérapeutiques; l'emploi concomitant de ces médicaments n'est pas recommandé.
 - Risque d'auto-immunité.
 - Peut entraîner une immunosuppression; peut agir sur les défenses de l'hôte contre les infections et les affections malignes.
 - Possibilité d'erreurs posologiques.
 - Risque d'apparition ou d'exacerbation de troubles de démyélinisation du SNC.
 - Risque d'infection périopératoire.
 - Les femmes en mesure de procréer doivent utiliser

une méthode de contraception adéquate pour ne pas devenir enceintes et doivent continuer la contraception pendant au moins 6 mois après le dernier traitement.

- Les femmes ne doivent pas allaiter durant le traitement ni pendant au moins 6 mois après le dernier traitement par SIMPONI[®].
- À utiliser avec prudence chez les patients présentant une insuffisance hépatique.
- Pourrait exercer une légère influence sur la capacité à conduire, car son administration pourrait entraîner des étourdissements.

POUR DE PLUS AMPLES RENSEIGNEMENTS :

Veuillez consulter la monographie de produit à l'adresse www.janssen.com/canada/fr/products pour obtenir des renseignements importants concernant les effets indésirables, les interactions médicamenteuses et les

renseignements posologiques qui n'ont pas été abordés dans ce document. Vous pouvez également vous procurer la monographie de produit en composant le 1-800-387-8781

* Toutes indications confondues.

RP = rhumatisme psoriasique | SA = spondylarthrite ankylosante | PR = polyarthrite rhumatoïde
nr-Ax SpA = spondylarthrite axiale non radiographique
MTX = méthotrexate | CRP = protéine C-réactive
IRM = imagerie par résonance magnétique
AINS = anti-inflammatoires non stéroïdiens

Référence :

1. Monographie de SIMPONI[®], Janssen Inc., 20 juin 2019.

© 2021 Janssen Inc. | Marques de commerce utilisées sous licence.
Janssen Inc. | 19 Green Belt Drive | Toronto, (Ontario) | M3C 1L9
www.janssen.com/canada/fr | CP-203649F

MEMBRE DE
MÉDICAMENTS NOVATEURS CANADA



janssen

PHARMACEUTICAL COMPANIES OF
Johnson & Johnson



FORMULATION PRATIQUE UNE FOIS PAR JOUR^{1,2*}

POLYARTHRITE RHUMATOÏDE

PrXELJANZ^{MD}/PrXELJANZ^{MD} XR, pris en association avec du méthotrexate (MTX), est indiqué pour atténuer les signes et les symptômes de la polyarthrite rhumatoïde chez les adultes atteints de polyarthrite rhumatoïde évolutive modérée ou sévère qui ont eu une réponse insatisfaisante au MTX et à un traitement par au moins un antirhumatismal modificateur de la maladie (ARMM). En cas d'intolérance au MTX ou à d'autres ARMM, les médecins peuvent envisager l'utilisation de XELJANZ/XELJANZ XR (tofacitinib) en monothérapie. Il n'est pas recommandé d'utiliser XELJANZ/XELJANZ XR en association avec des ARMM biologiques ou des immunosuppresseurs puissants comme l'azathioprine et la cyclosporine.

Pour de plus amples renseignements :

Veuillez consulter la monographie au <http://pfizer.ca/pm/fr/XELJANZ.pdf> ainsi qu'un avis comportant des renseignements importants en matière d'innocuité accessible à l'adresse <https://recalls-rappels.canada.ca/fr/avis-rappel/xeljanzxeljanz-xr-tofacitinib-risque-evenements-cardiovasculaires-majeurs-cancer>, pour obtenir des renseignements importants sur les contre-indications, les mises en garde, les précautions, les effets indésirables, les interactions, la posologie et les conditions relatives à l'usage clinique qui n'ont pas été abordés dans le présent document. Vous pouvez également obtenir la monographie en composant le 1-800-463-6001.

* Veuillez consulter la monographie pour obtenir les renseignements complets sur la posologie.

Références: 1. Pfizer Canada SRI. Monographie de XELJANZ/XELJANZ XR. 2. Santé Canada. Renseignements sur l'avis de conformité relatif à XELJANZ XR.



XELJANZ/XELJANZ XR, M.D. de PF Prism C.V.
Pfizer Canada SRI, licencié
© 2022 Pfizer Canada SRI, Kirkland (Québec) H9J 2M5
PP-XEL-CAN-0826-FR



PrXELJANZ XR
[citrate de tofacitinib]