

NEW! Essayez [Medscape](#) **AI** >

Polyarthrite rhumatoïde : recommandations 2024 de la SFR

Bruno Trumbic | Publié 19 févr. 2026

Synthèse des recommandations couvrant toutes les étapes du diagnostic à la prise en charge.

PLUS DE CONTENUS CI-DESSOUS



Continuez gratuitement sur l'app Univadis

Accès rapide à la base de données médicaments et aux dernières actualités médicales

★★★★☆ 2.4k



CONTINUEZ SUR L'APP UNIVADIS

La Société française de Rhumatologie (SFR) a publié en 2024 une mise à jour de ses recommandations relatives à la polyarthrite rhumatoïde (PR) ⁽¹⁾. Les points marquants de cette version actualisée sont :

PLUS DE CONTENUS CI-DESSOUS

PUBLICITÉ

- Le développement de 2 thèmes nouveaux, consacrés aux personnes à risque de PR (PARRA ; *People At Risk of Rheumatoid Arthritis*) et aux pneumopathies interstitielles diffuses (PID) associées à la PR (PR-PID).
- La prise en charge des patients doit être globale, médicamenteuse et non médicamenteuse, pluridisciplinaire, coordonnée et personnalisée sous l'égide de décisions partagées entre patients et soignants.
- La démarche diagnostique s'articule autour de la notion d'arthrites cliniques ou, à défaut, de risque d'évolution vers la PR.
- L'objectif du traitement est d'atteindre et de maintenir la rémission clinique ou, au minimum, la faible activité de la maladie ; le méthotrexate reste le traitement de fond (DMARD : *Disease-*



Continuez gratuitement sur l'app Univadis

Accès rapide à la base de données médicaments et aux dernières actualités médicales

★★★★☆ 2.4k

×

spécifique des inhibiteurs de Janus kinase (JAKi).

- La PR-PID doit être dépistée cliniquement et, en présence de symptômes et signes évocateurs, confirmée par une tomodensitométrie haute résolution (TDM-HR) thoracique. Sa prise en charge implique une collaboration étroite avec les pneumologues.

PLUS DE CONTENUS CI-DESSOUS

PUBLICITÉ

Principes généraux

Outre les ajouts évoqués ci-dessus (PARRA ; PR-PID), la version 2024 des recommandations de la SFR aborde tous les aspects de la prise en charge des patients atteints de PR, du diagnostic au traitement, en passant par la gestion de la décroissance thérapeutique en cas de rémission et la prise en compte des comorbidités.

PLUS DE CONTENUS CI-DESSOUS



Continuez gratuitement sur l'app Univadis

Accès rapide à la base de données médicaments et aux dernières actualités médicales

★★★★☆ 2.4k



effectuées par la SFR, consacrées aux DMARDs, à la corticothérapie, aux PARR et aux PR-PID.

Sachant que l'argumentaire de la SFR est logiquement destiné aux rhumatologues, la présente synthèse en présente une version raccourcie et parfois augmentée, afin de mieux satisfaire les besoins d'information des médecins généralistes (MG).

En introduction aux recommandations de pratique à proprement parler, les auteurs soulignent l'importance de 4 principes généraux, présentés ci-dessous.

PLUS DE CONTENUS CI-DESSOUS

PUBLICITÉ

Décisions partagées, soins coordonnés

- « ***La prise en charge des patients atteints de PR ou ayant une suspicion clinique de PR nécessite une concertation entre le patient et le rhumatologue, dans le cadre d'une décision médicale partagée*** »

... (1)



Continuez gratuitement sur l'app Univadis

Accès rapide à la base de données médicaments et aux dernières actualités médicales

★★★★☆ 2.4k



de la maladie et le suivi du patient en coordination avec le rhumatologue » (1).

PLUS DE CONTENUS CI-DESSOUS

PUBLICITÉ

Le groupe d'experts de la SFR souligne en premier lieu « *l'importance du paradigme de la décision médicale partagée* » (1) qui vise à bâtir l'alliance thérapeutique indispensable pour optimiser les résultats de la prise en charge et la qualité de vie des patients.

Une bonne information et éducation du patient est cruciale à tous les stades de la maladie pour, par exemple, mieux gérer les facteurs de risque modifiables chez les PARRA symptomatiques (cf. ci-dessous).

Le MG est d'emblée identifié comme un intervenant-clé ayant pour vocation – de façon non limitative – de détecter les signes cliniques évocateurs d'une maladie rhumatismale inflammatoire, référer sans délai le patient au rhumatologue (chargé de confirmer le diagnostic de PR et de mettre en route le traitement), prendre en charge les comorbidités et facteurs de risque modifiables, renouveler les



Continuez gratuitement sur l'app Univadis

Accès rapide à la base de données médicaments et aux dernières actualités médicales

★★★★☆ 2.4k

×

Prise en charge globale, attentive aux coûts

- « **Toute personne atteinte de PR ou ayant une suspicion clinique de PR doit bénéficier d'une prise en charge globale, médicamenteuse et non médicamenteuse, centrée sur le patient** » ⁽¹⁾.
- « **Dans l'objectif d'une prise en charge globale et optimale de la PR, le rhumatologue doit prendre en considération les coûts associés à la PR et à ses conséquences** » ⁽¹⁾.

Les auteurs soulignent que de multiples traitements non médicamenteux sont disponibles dans l'arsenal thérapeutique, dont la rééducation et l'ergothérapie, la prise en charge psychologique, les orthèses, la chirurgie, etc.

PLUS DE CONTENUS CI-DESSOUS

PUBLICITÉ

Les rhumatologues sont appelés à s'inscrire dans une « *dynamique de réduction des coûts* », dont les leviers sont notamment l'utilisation privilégiée des médicaments biosimilaires et la stratégie de



Continuez gratuitement sur l'app Univadis

Accès rapide à la base de données médicaments et aux dernières actualités médicales

★★★★☆ 2.4k

×

Diagnostic

- « **Le diagnostic de PR nécessite la présence d'au moins une arthrite clinique et doit être confirmé le plus tôt possible par le rhumatologue** » ⁽¹⁾.
- « **En cas de suspicion de PR et en l'absence d'arthrite clinique, l'évaluation du risque d'évoluer vers une PR reposera sur des critères cliniques, immunologiques et d'imagerie. (Niveau de preuve IIb, grade B)** » ⁽¹⁾.

Démarche diagnostique

Devant une suspicion de PR, la question essentielle est de savoir s'il faut ou non prescrire un DMARD – et à quel moment le faire – selon qu'il s'agit d'une PR avérée, d'un patient à risque d'arthrite persistante ou d'une personne à risque de PR.

PLUS DE CONTENUS CI-DESSOUS



Continuez gratuitement sur l'app Univadis

Accès rapide à la base de données médicaments et aux dernières actualités médicales

★★★★☆ 2.4k



La démarche diagnostique est conditionnée par la présence ou l'absence d'un signe cardinal : l'arthrite clinique. Dans le processus décisionnel, ce critère ne peut pas être remplacé par une arthrite infraclinique, objectivée par l'imagerie, sous peine de poser le diagnostic de PR par excès chez une personne qui n'évoluera pas vers cette maladie.

PLUS DE CONTENUS CI-DESSOUS

PUBLICITÉ

Suspicion clinique de PR

L'argumentaire rappelle les signes cliniques qui font évoquer la possibilité d'une PR débutante :

- « *Arthralgies des mains et/ou des pieds d'horaire inflammatoire ;*
- *gonflement de 2-3 articulations ;*
- *atteinte bilatérale et globalement symétrique ;*
- *douleur à la pression transverse des articulations métacarpo-phalangiennes (MCP) et/ou des métatarso-phalangiennes (MTP) » ⁽¹⁾.*



Continuez gratuitement sur l'app Univadis

Accès rapide à la base de données médicaments et aux dernières actualités médicales

★★★★☆ 2.4k

×

PUBLICITÉ

Devant de tels signes, il faut réaliser un « *bilan minimal* » clinique, biologique et radiologique dont les éléments sont listés au Tableau 1.

Tableau 1. Bilan minimal à effectuer en cas de suspicion de PR
(d'après Fautrel et al.
Fautrel, B., et al., *2024 update of the recommendations of the French Society of Rheumatology for the diagnosis and management of patients with rheumatoid arthritis. Joint Bone Spine*, 2024.
91(6): p. 105790.

[1])

| | |
|-----------------|---|
| Clinique | Interrogatoire et examen physique détaillés |
| Biologie | NFS, VS, CRP Transaminases Créatininémie, bandelette urinaire |

[Cliquez pour agrandir le tableau](#)

Le démarche diagnostique doit être intégrée au critère d'authenticité



Continuez gratuitement sur l'app Univadis

Accès rapide à la base de données médicaments et aux dernières actualités médicales

★★★★☆ 2.4k

×

PR avérée

Pour mémoire, le diagnostic de PR est fondé sur les critères définis conjointement par l'*American College of Rheumatology* (ACR) et l'EULAR en 2010 (critères ACR/EULAR 2010), qui propose d'évaluer l'atteinte selon 4 dimensions (Tableau 2) :

- recensement des arthrites cliniques ;
- durée d'évolution depuis l'apparition des signes ;
- statut immunologique apprécié par le dosage du facteur rhumatoïde (FR) et des anticorps anti-peptides/protéines citrulliné(e)s (ACPA) ;
- syndrome inflammatoire biologique apprécié par la détermination de la vitesse de sédimentation (VS) ou le dosage de la concentration de la protéine C-réactive (CRP).

Un score ≥ 6 points affirme le diagnostic de PR.

| Tableau 2. Critères ACR/EULAR 2010 de polyarthrite rhumatoïde | |
|--|---|
| Type d'atteinte articulaire (0-5) ^a | |
| 1 grosse articulation | 0 |
| 2–10 grosses articulations | 1 |
| 1–3 petites articulations | 2 |
| 4–10 petites articulations | 3 |
| > 10 articulations (dont au moins 1 petite) | 5 |



Continuez gratuitement sur l'app Univadis

Accès rapide à la base de données médicaments et aux dernières actualités médicales

★★★★☆ 2.4k



Point important, les experts de la SFR ajoutent qu'en présence d'une ou plusieurs arthrite(s) clinique(s), l'observation d'une érosion typique de PR à la radiographie suffit également à affirmer le diagnostic.

PLUS DE CONTENUS CI-DESSOUS

PUBLICITÉ

Risque d'arthrite persistante

Les personnes ayant une ou des d'arthrite(s) clinique(s), mais un score ACR/EULAR 2010 < 6 points ne peuvent pas être formellement classées comme étant atteintes de PR.

Il faut alors évaluer le risque d'arthrite persistante selon les critères suivants :

- « *Nombre important d'articulations atteintes ;*
- *syndrome inflammatoire biologique marqué ;*
- *FR/ACPA positifs ;*
- *atteinte radiographique évocatrice »* ⁽¹⁾.

La présence de 1 de ces facteurs de risque suffit à justifier l'introduction d'un traitement de fond (cf. ci-dessous).

Risque d'évolution vers la PR

En présence de signes faisant suspecter une PR, mais sans



Continuez gratuitement sur l'app Univadis

Accès rapide à la base de données médicaments et aux dernières actualités médicales

★★★★☆ 2.4k

×

Tableau 3. Arthralgies cliniquement suspectes : risque d'évolution vers une polyarthrite rhumatoïde (d'après Fautrel et al. Fautrel, B., et al., 2024 update of the recommendations of the French Society of Rheumatology for the diagnosis and management of patients with rheumatoid arthritis. Joint Bone Spine, 2024. 91(6): p. 105790.

[1])

Clinique

Arthralgies cliniquement suspectes si présence d'au moins 4 critères parmi 7 :

- Évolution < 1 an
- Dérouillage matinal \geq 1 heure
- Douleurs prédominant tôt le matin
- Douleurs localisées aux MCP
- Douleurs à la fermeture du poing

[Cliquez pour agrandir le tableau](#)

À ce titre, l'argumentaire souligne les points suivants :

PLUS DE CONTENUS CI-DESSOUS



Continuez gratuitement sur l'app Univadis

Accès rapide à la base de données médicaments et aux dernières actualités médicales

★★★★☆ 2.4k



PUBLICITÉ

- Parmi les facteurs de risque d'environnement, le tabagisme et les expositions professionnelles ont un impact particulièrement marqué ; les praticiens sont invités à rechercher et à corriger tous les facteurs de risque modifiables.
- Chez les personnes à risque de PR (PARRA), les fluctuations des taux d'auto-anticorps ne sont pas prédictives du risque évolutif.
- L'échographie (mains, poignets, avant-pieds ; en mode B et Doppler) recherche la présence de synovites, ténosynovites (avec signal Doppler positif [PD+]) et érosions PD+ ; l'examen a bonne valeur prédictive positive (65-85 %) et une valeur prédictive négative plus limitée.
- L'IRM « *peut apporter des éléments pour quantifier le risque de développer une PR (ténosynovites mains ou pieds, bursites inter-métatarsiennes et score global d'inflammation associés à un risque plus élevé)* » ⁽¹⁾, mais – en raison de limites de disponibilité, de coûts et de spécificité – n'est actuellement pas recommandée en pratique.

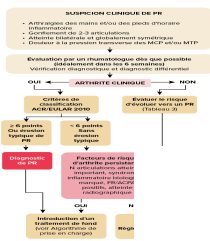


Continuez gratuitement sur l'app Univadis

Accès rapide à la base de données médicaments et aux dernières actualités médicales

★★★★☆ 2.4k





D'après Fautrel et al. (1) Credit: Emily Berry

Diagnostic différentiel

Selon la SFR, le diagnostic différentiel de l'atteinte rhumatologique nécessite une expertise spécialisée et incombe au rhumatologue (tout comme l'affirmation du diagnostic positif de la maladie et la gestion du traitement de fond).

PLUS DE CONTENUS CI-DESSOUS

PUBLICITÉ

La réalisation d'une TM thoracique faible dose est proposée dans le bilan minimal (Tableau 1) afin de faciliter l'élimination de certains diagnostics différentiels (tuberculose, lymphome, sarcoïdose).

Traitements de première ligne

Initiation

- « **Dès que le diagnostic de PR est posé ou en présence de facteurs de risque d'arthrite persistante, un traitement de fond doit être débuté** » (1).
- « **En l'absence d'arthrite clinique, il n'est pas recommandé d'introduire un traitement de fond pour prévenir la survenue d'une PR. La prise en charge reposera alors avant tout sur les traitements symptomatiques, les règles hygiéno-diététiques et la surveillance.**



Continuez gratuitement sur l'app Univadis

Accès rapide à la base de données médicaments et aux dernières actualités médicales

★★★★☆ 2.4k



Comme déjà souligné, les recommandations segmentent l'indication du traitement de fond selon la présence ou l'absence d'arthrite clinique.

Présence d'arthrite clinique

En présence d'arthrite(s) clinique(s), le DMARD est indiqué en cas de :

- diagnostic formel de PR (score ACR/EULAR 2010 ≥ 6 ou érosion typique radiographique) ;
- score < 6 et absence d'érosion typique, mais présence de ≥ 1 facteur de risque d'arthrite persistante (cf. ci-dessus) : cette recommandation est conforme à celle de l'EULAR sur les arthrites récentes ⁽⁴⁾ et au « *concept de fenêtre d'opportunité* ».

En revanche, dans le second cas, l'absence de facteurs de risque d'arthrite persistante ne permet pas de poser l'indication du DMARD : l'attitude préconisée est celle d'une surveillance (cf. ci-dessous) assortie de traitements symptomatiques et de la correction des facteurs de risque par des règles hygiéno-diététiques. Le groupe de travail reconnaît que la proposition invitant à corriger les facteurs de risque se fonde surtout sur un avis d'expert et reste à évaluer.

PLUS DE CONTENUS CI-DESSOUS



Continuez gratuitement sur l'app Univadis

Accès rapide à la base de données médicaments et aux dernières actualités médicales

★★★★☆ 2.4k

sur les données de la littérature (dont 8 essais randomisés), qui ont montré que les agents testés n'ont pas d'effet sur le risque d'évoluer vers une PR (glucocorticoïdes, hydroxychloroquine, méthotrexate, statines) ou ont un effet purement suspensif, qui retarde l'apparition de la maladie sans la prévenir (rituximab, abatacept). Ces agents n'ont pas non plus d'effet symptomatique.

La durée de surveillance préconisée du risque d'apparition de la PR est de 1 à 3 ans, « à un rythme adapté sur le niveau de risque évalué (initialement entre 3 et 12 mois) »⁽¹⁾. Cette surveillance est essentiellement clinique et vise à détecter l'apparition de signes d'alerte (notamment un gonflement articulaire) justifiant une consultation et une orientation rapide vers le rhumatologue.

Il est important que les patients en soient informés et éduqués à reconnaître ces signes.

Objectif

- **« L'objectif du traitement est d'atteindre et de maintenir la rémission clinique ou au minimum la faible activité, sur la base de critères composites validés, incluant les indices articulaires. (Niveau de preuve Ia, grade A) »⁽¹⁾.**

PLUS DE CONTENUS CI-DESSOUS

PUBLICITÉ

L'argumentaire précise que « *la rémission clinique est définie par l'absence de signes et symptômes d'activité inflammatoire* »⁽¹⁾



Continuez gratuitement sur l'app Univadis

Accès rapide à la base de données médicaments et aux dernières actualités médicales

★★★★☆ 2.4k



Tableau 4), de la rémission booléenne ACR/EULAR, du score SDAI (*Simplified Disease Activity Index*) ou du score CDAI (*Clinical Disease Activity Index*).

PLUS DE CONTENUS CI-DESSOUS

PUBLICITÉ

Tableau 4. Évaluation de l'activité et de la réponse au traitement de la polyarthrite rhumatoïde selon l'indice composite DAS 28^a (d'après Fautrel et al., simplifié Fautrel, B., et al., 2024 update of the recommendations of the French Society of Rheumatology for the diagnosis and manageme of patients with rheumatoid arthritis. Joint Bone Spine, 2024. 91(6): p. 105790. [1]).

| Indice composite | Rémission | Faible activité | Amélioration |
|---------------------|--------------|--------------------|-----------------------------|
| DAS 28 ^b | DAS 28 < 2,6 | 2,6 ≤ DAS 28 ≤ 3,2 | Diminution > ou atteinte de |



Continuez gratuitement sur l'app Univadis

Accès rapide à la base de données médicaments et aux dernières actualités médicales

★★★★☆ 2.4k

×

(*Simplified Disease Activity Index*) ou le score CDAI (*Clinical Disease Activity Index*).

^b Concerne le DAS 28-VS et le DAS 28– CRP

^c Selon l'évaluation intermédiaire à 3 mois.

PLUS DE CONTENUS CI-DESSOUS

PUBLICITÉ

Pour mémoire, la détermination du DAS 28 est fondée sur :

- l'évaluation clinique de 28 articulations (épaules, coudes, poignets, MCP, IPP ; pieds et chevilles exclus) en termes de nombre d'articulations douloureuses (NAD) et nombre d'articulations gonflées (NAG) ;
- la valeur de la VS (DAS 28-VS) ou la concentration de la CRP (DAS 28– CRP) ;
- l'état général évalué par le patient sur une échelle visuelle analogique graduée de 0 à 100 ⁽⁵⁾.

Il peut être établi facilement avec l'aide de calculateurs disponibles en ligne (ex. <https://das-score.nl/en/>).

PLUS DE CONTENUS CI-DESSOUS

PUBLICITÉ



Continuez gratuitement sur l'app Univadis

Accès rapide à la base de données médicaments et aux dernières actualités médicales

★★★★☆ 2.4k

×

- « ***S'il n'y a pas d'amélioration dans les 3 mois suivant le début du traitement ou si l'objectif thérapeutique n'a pas été atteint à 6 mois, le traitement doit être ajusté. (Niveau de preuve Ia/Ib, grade B).*** » (1).

Il est important d'objectiver l'amélioration sous traitement par le score composite régulièrement utilisé pour suivre l'activité de la maladie. En ce qui concerne le DAS 28, une amélioration de 0,6 point – qui définit une réponse partielle – a été jugée potentiellement insuffisante et n'a pas été retenue par les experts de la SFR. Le critère retenu pour définir l'amélioration est donc une diminution du score > 1,2 point.

PLUS DE CONTENUS CI-DESSOUS

PUBLICITÉ

Choix de l'agent

Principe

- « ***Le choix et l'adaptation thérapeutiques doivent intégrer d'autres facteurs que la mesure de l'activité de la maladie, comme la progression structurale, les atteintes extra-articulaires, les maladies associées, la tolérance et l'adhésion aux traitements, l'avis et le ressenti du patient. (Niveau de preuve Ia/Ib, grade C)*** » (1).

Cette recommandation vise notamment à intégrer aux critères de choix du traitement les atteintes extra-articulaires (poumon) et les situations particulières rencontrées par les patients ([projet de]



Continuez gratuitement sur l'app Univadis

Accès rapide à la base de données médicaments et aux dernières actualités médicales

★★★★☆ 2.4k

×

- « **Le méthotrexate (MTX) est le traitement de fond de première ligne chez les patients ayant une PR active avec une posologie initiale d'au moins 15 mg/semaine, pouvant être optimisée jusqu'à 25 à 30 mg/semaine entre 1 et 3 mois en fonction du poids du patient, de l'efficacité et de la tolérance du méthotrexate. (Niveau de preuve la, grade A) » (1).**

PLUS DE CONTENUS CI-DESSOUS

PUBLICITÉ

Cette recommandation souligne la place prépondérante du MTX – agent de la classe des médicaments antirhumatismaux synthétiques conventionnels (csDMARDs) – comme monothérapie de 1^{re} ligne.

Elle s'abstient de donner la préférence d'emblée aux DMARDs ciblés (tDMARDs ; par exemple, anti-TNF [certolizumab], anti-IL-6 [tocilizumab], CTLA4-Ig [abatacept]) afin de s'inscrire dans une stratégie dynamique (*step-up* ou *step-down*) calquée sur l'activité de la maladie (*treat to target*) et s'aligne sur les dernières recommandations de l'EULAR (2). Ce choix suppose néanmoins un suivi rapproché de l'état des patients et un ajustement thérapeutique immédiat en cas de réponse insuffisante (cf. ci-dessous).

Concernant la prescription du MTX, le groupe de travail souligne plusieurs points pratiques :

- la dose de 15 mg/semaine est la dose minimale recommandée ; la dose maximale citée (25-30 mg/semaine) doit être adaptée à la



Continuez gratuitement sur l'app Univadis

Accès rapide à la base de données médicaments et aux dernières actualités médicales

★★★★☆ 2.4k



folique (≥ 10 mg/semaine).

PLUS DE CONTENUS CI-DESSOUS

PUBLICITÉ

Alternatives au MTX

- « ***Chez les patients naïfs de traitement de fond, en cas de contre-indication au MTX ou d'intolérance précoce, le léflunomide ou la sulfasalazine sont une alternative thérapeutique. (Niveau de preuve Ia, grade A) »*** ⁽¹⁾.

Cette recommandation place le léflunomide (10 à 20 mg/j) et la sulfasalazine (2 à 3 g/j) au même niveau d'efficacité que le MTX, mais exclut l'hydroxychloroquine de la 1^{re} ligne de traitement, en raison d'une efficacité clinique faible et de l'absence d'effet structural.

Corticothérapie générale d'appoint

- « ***Dans l'attente de l'efficacité d'un traitement de fond synthétique conventionnel, une corticothérapie orale ou injectable peut être proposée par le rhumatologue »*** ⁽¹⁾.



Continuez gratuitement sur l'app Univadis

Accès rapide à la base de données médicaments et aux dernières actualités médicales

★★★★☆ 2.4k

×

PUBLICITÉ

Une corticothérapie de durée limitée est considérée comme un traitement d'appoint (*bridging therapy*) possible de la PR débutante, parallèlement à l'introduction d'un DMARD. Le groupe de travail a maintenu cette recommandation en raison des effets rapidement positifs du traitement corticoïde sur la douleur et la qualité de vie. Cette position est en accord avec celle de l'EULAR et diffère des dernières recommandations de l'ACR, qui y est défavorable, attitude qui a paru trop restrictive au groupe de travail de la SFR.

PLUS DE CONTENUS CI-DESSOUS



Continuez gratuitement sur l'app Univadis

Accès rapide à la base de données médicaments et aux dernières actualités médicales

★★★★☆ 2.4k

×

Au-delà du respect des contre-indications habituelles, la prescription des corticoïdes doit être soigneusement calibrée pour prévenir les nombreux effets indésirables (infectieux, cardiovasculaires, cutanés, osseux) susceptibles de se manifester dès une dose réduite (5 à 7,5 mg/j d'équivalent prednisone). Elle doit aussi :

PLUS DE CONTENUS CI-DESSOUS

PUBLICITÉ

- apprécier le rapport bénéfice-risque du traitement à l'échelon individuel ;
- définir une stratégie de décroissance et d'arrêt (en 3 à 6 mois) dès le début de l'administration.

Traitement de fond de 2^e ligne et au-delà

Choix de l'agent

- **« Chez les patients insuffisamment répondeurs ou intolérants au MTX (ou autre csDMARD de 1^{re} ligne) et en l'absence de facteur de mauvais pronostic, une rotation ou une association de traitements de fond synthétiques conventionnels peuvent être proposées. (Niveau de preuve V, grade D) » (1).**



Continuez gratuitement sur l'app Univadis

Accès rapide à la base de données médicaments et aux dernières actualités médicales

★★★★☆ 2.4k

×

- « **La prescription d'un inhibiteur de JAK doit respecter les recommandations dédiées du PRAC et de la SFR. (Niveau de preuve Ib, grade A)** » ⁽¹⁾.

Le passage à la 2^e ligne de traitement est donc indiqué en cas de réponse inadéquate au MTX ou à un autre csDMARD de 1^{re} ligne. La stratégie est déterminée par le statut des facteurs de mauvais pronostic (Tableau 5).

| |
|---|
| <p>Tableau 5. Facteurs de mauvais pronostic de la polyarthrite rhumatoïde dans le contexte d'une réponse insuffisante ou d'une intolérance au traitement de fond de première ligne (d'après Fautrel et al. Fautrel, B., et al., 2024 update of the recommendations of the French Society of Rheumatology for the diagnosis and management of patients with rheumatoid arthritis. Joint Bone Spine, 2024. 91(6): p. 105790. [1]).</p> |
| <ul style="list-style-type: none"> • Présence d'emblée de ≥ 1 érosion typique de PR • Présence de FR ou d'ACPA à titres élevés ($\geq 3N$) • Activité modérée à élevée de la PR malgré le csDMARD en cours, avec un nombre élevé d'articulations gonflées et/ou des valeurs |

[Cliquez pour agrandir le tableau](#)

Absence de facteurs de mauvais pronostic

En l'absence de facteurs de mauvais pronostic, la recommandation



Continuez gratuitement sur l'app Univadis

Accès rapide à la base de données médicaments et aux dernières actualités médicales

★★★★☆ 2.4k



Une réponse insuffisante à la 2^e ligne de csDMARDs définit un facteur de mauvais pronostic et rend le patient éligible à un traitement ciblé, comme le préconise aussi l'EULAR (2).

Présence de facteurs de mauvais pronostic

L'argumentaire de la SFR développe longuement la question des effets et de la sécurité d'emploi des inhibiteurs des Janus kinases (JAKi) sur la base des alertes émises par le PRAC (*Pharmacovigilance Risk Assessment Committee* de l'*European Medicines Agency* [EMA] ; comité de pharmacovigilance de l'agence du médicament européenne) et l'agence du médicament américaine (FDA ; *Food and Drug Administration*), de l'essai ORAL Surveillance (6, 7) et d'une revue systématique de la littérature ad hoc. Il conclut à l'existence d'un « *profil de risque spécifique* » des JAKi en termes d'évènements cardiovasculaires et thromboemboliques (8), le risque néoplasique étant en cours d'analyse par un groupe de travail dédié de la SFR. En pratique, la prescription des JAKi n'est à envisager qu'en l'absence d'alternative thérapeutique chez les personnes âgées et/ou caractérisées par un haut risque de maladie cardiovasculaire ou de cancer.

PLUS DE CONTENUS CI-DESSOUS



Continuez gratuitement sur l'app Univadis

Accès rapide à la base de données médicaments et aux dernières actualités médicales

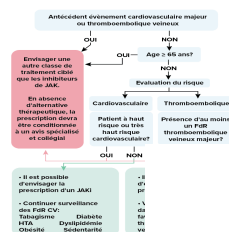
★★★★☆ 2.4k



Compte tenu de ces données, le groupe de travail préconise les orientations suivantes en ce qui concerne le choix du traitement de 2^e ligne chez les personnes ayant un ou plusieurs facteurs de mauvais pronostic :

- En l’absence de preuves solides montrant la supériorité d’un traitement de fond biologique (bDMARD) comparativement aux autres, ces agents sont à positionner sur une même ligne.
- Le choix de tout traitement de fond ciblé (tDMARD) est déterminé par le niveau d’activité de la maladie et par le profil du patient (âge, antécédents, comorbidités, facteurs de risque, projet de procréation (Figure 2).
- Les JAKi ne sont pas positionnés de façon préférentielle aux autres tDMARDs en raison des limites imposées par leur rapport bénéfice–risque, même si leur efficacité supérieure à certains autres agents (adalimumab, abatacept) est démontrée.

Figure 2. Choix du traitement de 2^e ligne selon l’évaluation du risque cardiovasculaire



D’après Fautrel et al. (1) Credit: Emily Berry

L’argumentaire de la SFR cite également quelques agents dont la prescription devrait être privilégiée dans quelques situations particulières :



Continuez gratuitement sur l'app Univadis

Accès rapide à la base de données médicaments et aux dernières actualités médicales

★★★★☆ 2.4k



PUBLICITÉ

- présence de facteurs de risque cardiovasculaire – TNFi et IL-6Ri ;
- antécédents d'hémopathie – rituximab ;
- antécédents de tumeur solide – anti-cytokines (IL-6Ri)
- projet de procréation – certolizumab.

Traitement combiné

- « **Toutes les thérapeutiques ciblées (biologiques ou synthétiques) doivent être utilisées préférentiellement en association avec le MTX (ou le léflunomide en cas de contre-indication au MTX). (Niveau de preuve Ia/Ib, grade A) » (1).**

Alignée sur celle de l'EULAR 2023 (2), cette recommandation relative aux tDMARDs, qu'ils soient biologiques (tbDMARD) ou synthétiques (tsDMARD), est conforme au principe d'ajustement thérapeutique séquentiel : ce dernier vise à évaluer par étapes les résultats du traitement en termes d'efficacité et de tolérance, permettant ainsi d'éviter l'arrêt non pertinent d'un csDMARD qui conserverait une efficacité partielle.

Elle positionne le MTX et le léflunomide à un niveau d'efficacité équivalent dans cette situation. La posologie du MTX peut être abaissée en cas de problème de tolérance, sans descendre sous la



Continuez gratuitement sur l'app Univadis

Accès rapide à la base de données médicaments et aux dernières actualités médicales

★★★★☆ 2.4k



ciblée » (1).

- **« La prescription d'un inhibiteur de JAK doit respecter les recommandations dédiées du PRAC et de la SFR. (Niveau de preuve Ia/V, grade D) » (1).**

Cette recommandation signifie qu'en cas d'échec d'un tDMARD il n'est pas pertinent de systématiquement choisir un autre tDMARD ayant un mode d'action différent, car cette famille thérapeutique peut rester efficace chez de nombreux patients. En revanche, l'échec à 2 tDMARDs ayant le même mode d'action oblige à choisir un agent qui bloque une voie pathogénique différente.

PLUS DE CONTENUS CI-DESSOUS

PUBLICITÉ

Comme précisé ci-dessus, la prescription d'un JAKi doit se conformer aux précautions édictées par la SFR ⁽⁸⁾ et par le PRAC.

PR difficile à traiter

Ce concept a été proposé récemment par l'EULAR et se définit par



Continuez gratuitement sur l'app Univadis

Accès rapide à la base de données médicaments et aux dernières actualités médicales

★★★★☆ 2.4k

×

- **présence d'au moins 1 signe d'activité de la maladie parmi les suivants :**
 - **activité au moins modérée de la PR,**
 - **symptômes évocateurs de maladie active,**
 - **impossibilité de réduire la corticothérapie,**
 - **progression radiographique rapide,**
 - **symptômes altérant la qualité de vie ;**
- **prise en charge perçue comme problématique pour le rhumatologue ou le patient » ⁽¹⁾.**

La stratégie de prise en charge envisage l'escalade thérapeutique non sans avoir considéré une série d'autres réévaluations et de recours : diagnostic de PR, comorbidités susceptibles d'interférer avec le niveau d'activité de la PR, défaut d'observance, traitements non médicamenteux des symptômes inflammatoires.

Décroissance thérapeutique

- **« En cas de rémission persistante et sans glucocorticoïde, une décroissance progressive des traitements de fond (conventionnels synthétiques ou ciblés) doit être envisagée. (Niveau de preuve IIb/IV, grade C). » ⁽¹⁾.**

Une rémission « *persistante* » étant définie par son maintien pendant ≥ 6 mois, cette recommandation – alignée sur celle de l'EULAR 2023 ⁽²⁾ – se fonde sur la supposition jugée probable que la dose de DMRD nécessaire pour maintenir une rémission stable est inférieure à la dose nécessaire pour induire la rémission d'une PR



Continuez gratuitement sur l'app Univadis

Accès rapide à la base de données médicaments et aux dernières actualités médicales

★★★★☆ 2.4k



Le groupe de travail considère que « *le choix de la molécule à décroître pouvait être laissé au rhumatologue dans le cadre d'une décision partagée avec le patient* » ⁽¹⁾, sachant néanmoins que le risque de rechute pourrait être supérieur après décroissance du tDMARD que celle du csDMARD.

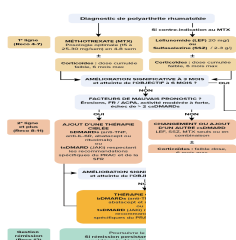
Décroissance vs arrêt

Fait important, la décroissance thérapeutique ne signifie pas arrêt du traitement (« *vacances thérapeutiques* »), ce dernier étant associé à un excès de risque significatif de rechute. En effet, seule une minorité de patients (10 à 15 %) restent en rémission sans traitement à moyen terme. Ces données soulignent à nouveau l'importance d'identifier la dose minimale efficace qui permet de maintenir la rémission.

La reprise évolutive de la maladie conduit à réintroduire ou à augmenter la dose de tDMARD/csDMARD (pour réatteindre la dose minimale efficace antérieure), cette mesure simple étant couronnée de succès chez 80 à 90 % des patients.

La stratégie thérapeutique globale est représentée sur la Figure 3.

Figure 3. Algorithme de la stratégie thérapeutique globale chez un patient ayant une polyarthrite rhumatoïde



D'après Fautrel et al. ⁽¹⁾ Credit: Emily Berry

Prise en charge globale, pluridisciplinaire, coordonnée



Continuez gratuitement sur l'app Univadis

Accès rapide à la base de données médicaments et aux dernières actualités médicales

★★★★☆ 2.4k



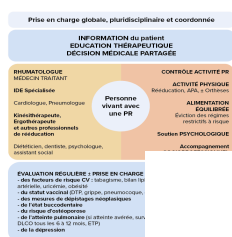
- « **La prise en charge doit être associée à des conseils d'hygiène de vie (activité physique régulière, arrêt du tabac, alimentation équilibrée, etc.) et à la mise à jour des vaccinations. (Niveau de preuve IIb/IV, grade C) » (1).**

Le acteurs et composantes de cette prise en charge globale, pluridisciplinaire et coordonnée sont représentés Figure 4.

L'argumentaire souligne la place du MG, aux côtés du rhumatologue, dans le dépistage et la prise en charge des comorbidités, un objectif dont l'importance est réaffirmée. Le groupe de travail a intentionnellement omis de conseiller une périodicité précise, jugeant qu'elle varie d'un cas à l'autre (selon le niveau de risque et l'étendue du bilan). Le risque cardiovasculaire doit être réévalué tous les 5 ans au minimum.

Le rôle majeur de l'éducation du patient dans la prise en charge globale de la maladie a été souligné dès les principes généraux de la prise en charge et n'est donc pas cité à nouveau.

Figure 4. Acteurs et éléments de la prise en charge pluridisciplinaire centrée sur le patient atteint de polyarthrite rhumatoïde



D'après Fautrel et al. (1) Credit: Emily Berry

Atteinte pulmonaire



Continuez gratuitement sur l'app Univadis

Accès rapide à la base de données médicaments et aux dernières actualités médicales

★★★★☆ 2.4k



pneumologue expert. Aussi la présente synthèse en propose-t-elle un résumé relativement succinct, visant à mettre en lumière la place et l'intervention du MG.

Dépistage et diagnostic

- **« Les symptômes et les signes physiques en rapport avec une atteinte respiratoire (toux chronique, dyspnée, anomalies de l'auscultation pulmonaire, hippocratisme digital, etc.) doivent être systématiquement recherchés par le rhumatologue au diagnostic et lors du suivi des patients atteints de PR. (Niveau de preuve V, grade D) »⁽¹⁾.**
- **« En présence de symptômes et/ou de signes physiques respiratoires, un scanner thoracique haute résolution comportant des coupes fines doit être réalisé. En l'absence de symptôme et/ou de signe physique respiratoire, le dépistage systématique d'une pneumopathie interstitielle diffuse (PID) par scanner thoracique haute résolution n'est actuellement pas recommandé. (Niveau de preuve III, grade D) »⁽¹⁾.**

Dépistage clinique

La PR-PID est une entité hétérogène qui apparaît habituellement au cours des 10 ans qui suivent l'apparition de la maladie rhumatologique et adopte une évolution lentement progressive. Cependant, d'autres formes cliniques, plus rares, sont possibles : évolution (sub)aiguë, atteinte pulmonaire précédant les manifestations rhumatologiques.

La survenue d'une PID au cours de la PR est associée aux facteurs de risque suivants :



Continuez gratuitement sur l'app Univadis

Accès rapide à la base de données médicaments et aux dernières actualités médicales

★★★★☆ 2.4k



- **obésité,**
- **forte positivité des ACPA,**
- **exposition aux facteurs de risque environnementaux inhalés (pollution industrielle, silice, etc.) » (1).**

Fait important, le dépistage de l'atteinte pulmonaire est fondé sur l'examen clinique qui recherche les symptômes et signes cités (dyspnée, toux, hippocratisme, etc.) : ce travail incombe autant au MG qu'au rhumatologue. La dyspnée d'effort est souvent le premier signe, mais elle peut être délicate à authentifier, car les patients tendent à limiter leur activité physique à cause de l'atteinte rhumatismale.

Confirmation du diagnostic chez un patient symptomatique

Les signes cliniques sont trop peu spécifiques pour poser le diagnostic PR-PID : leur présence conduit cependant à réaliser une tomodensitométrie haute résolution (TDM-HR) thoracique, l'examen de référence recommandé devant toute suspicion de PID associée aux maladies auto-immunes.

La TDM-HR caractérise l'atteinte, sous la forme d'une pneumopathie interstitielle commune (PIC) ou d'une pneumopathie interstitielle non spécifique (PINS), permet de quantifier son extension et d'éliminer des diagnostics différentiels de la PR-PID.

L'évaluation de la PR-PID doit être complétée (sous l'autorité d'un pneumologue expert), notamment par les explorations fonctionnelles respiratoires (EFR ; spirométrie, pléthysmographie, capacité de diffusion pulmonaire) qui visent à en préciser l'impact fonctionnel,



Continuez gratuitement sur l'app Univadis

Accès rapide à la base de données médicaments et aux dernières actualités médicales

★★★★☆ 2.4k

×

La SFR ne recommande pas le dépistage systématique de la PID par le TDM-HR chez les patients atteints de PR exempts de signes et symptômes d'appel respiratoires cliniques, car, en l'état actuel, la PR-PID ne satisfait pas les critères de dépistage préconisés par l'Organisation mondiale de la santé (démonstration solide d'un bénéfice de santé patent associé au dépistage et à une éventuelle intervention précoce). En effet, la PR-PID se caractérise par une atteinte stable, qui ne nécessite pas de traitement spécifique, chez 1 patient sur 2 environ.

Suivi et prise en charge coordonnée

- **« La prise en charge d'un patient atteint de PR-PID doit être réalisée en collaboration avec un pneumologue expert. Tout patient atteint de PR-PID doit avoir un suivi comprenant au minimum : (1) la recherche d'une apparition ou aggravation des symptômes et signes physiques respiratoires à chaque consultation et (2) des épreuves fonctionnelles respiratoires (EFR), incluant la mesure de la diffusion limite du monoxyde de carbone (DLCO), tous les 6 à 12 mois » (1).**
- **« Tout patient atteint de PR-PID doit être informé des symptômes évocateurs d'une aggravation de son atteinte pulmonaire. (Niveau de preuve V, grade D) » (1).**

La première recommandation souligne l'importance d'une prise en charge multidisciplinaire coordonnée de la PR-PID où, tout comme le rhumatologue, le MG est appelé à jouer un rôle actif pour surveiller la progression clinique de l'atteinte respiratoire et veiller au respect du calendrier des réévaluations périodiques. Il pourra aussi jouer un rôle actif pour satisfaire les objectifs d'une prise en charge sanitaire globale.



Continuez gratuitement sur l'app Univadis

Accès rapide à la base de données médicaments et aux dernières actualités médicales

★★★★☆ 2.4k



PUBLICITÉ

- arrêt du tabac ;
- administration des vaccins fortement recommandés – grippe, pneumocoques, SARS-CoV-2 ;
- réhabilitation respiratoire et activités physiques adaptées ;
- éducation à l'autosurveillance des signes cliniques respiratoires.

Deux catégories de facteurs de mauvais pronostic de la PR-PID ont été identifiées :

- facteurs généraux – âge croissant, sexe masculin, tabagisme actif ;
- facteurs respiratoires – aux EFR : valeurs initiales basses de la capacité vitale (CV) et de la DLCO ; sur la TDM-HR : aspect de PIC, extension initiale de la PID et étendue de la fibrose.

Traitement de la PR-PID

Le groupe de travail de la SEP a estimé qu'en l'état actuel, il n'est pas



Continuez gratuitement sur l'app Univadis

Accès rapide à la base de données médicaments et aux dernières actualités médicales

★★★★☆ 2.4k



PUBLICITÉ

Aussi, l'indication du traitement spécifique de la PR-PID (par un antifibrosant ou un immunosuppresseur) est-elle laissée à l'appréciation d'une concertation multidisciplinaire, impliquant une expertise pneumologique.

Traitement de fond

- « ***Chez un patient PR avec une PID, l'initiation ou la poursuite d'un traitement par MTX est possible. (Niveau de preuve IIIc, grade C)*** » ⁽¹⁾.
- « ***En cas d'initiation d'un traitement ciblé chez un patient atteint de PR-PID, il est préférable d'utiliser l'abatacept ou le rituximab. (Niveau de preuve IIIc, grade C)*** » ⁽¹⁾.

Place du MTX

Selon les données de la littérature, un bon contrôle de l'activité globale de la PR pourrait améliorer le pronostic de l'atteinte



Continuez gratuitement sur l'app Univadis

Accès rapide à la base de données médicaments et aux dernières actualités médicales

★★★★☆ 2.4k



du diagnostic de PR-PID. Le groupe de travail de la SFR invite à réviser cette attitude, car la revue de la littérature récente réalisée dans cette optique montre les faits suivants :

- la survenue d'une pneumopathie (immuno-allergique) associée au MTX est un effet indésirable rare et un diagnostic d'élimination ;
- plusieurs études récentes n'ont pas montré de corrélation entre MTX et PR-PID ;
- certaines études suggèrent même un possible effet favorable du MTX, qui pourrait retarder, voire prévenir, le développement de l'atteinte pulmonaire ;
- en termes de mortalité des patients PR, la plupart des études montrent l'absence d'effet défavorable du MTX, voire un possible effet bénéfique.

Au total, l'arrêt systématique du MTX devant toute PR-PID ne se justifie pas. En cas de doute, surtout devant une forme sévère de PID, l'imputabilité du MTX est à discuter avec un centre de pneumologie expert.

Traitement de fond ciblé

Quelques études, dont l'interprétation doit rester prudente en raison d'importants biais méthodologiques, suggèrent l'existence d'un excès de mortalité associé au traitement par anti-TNF de patients PR-PID. Inversement, des résultats positifs ont été suggérés chez les patients PR-PID traités par l'abatcept (étude de registre) et le rituximab (essais thérapeutiques dans les PID associées à d'autres maladies auto-immunes).



Continuez gratuitement sur l'app Univadis

Accès rapide à la base de données médicaments et aux dernières actualités médicales

★★★★☆ 2.4k

×

préconisations dans les pratiques, voire de guider des programmes d'amélioration de la qualité des pratiques des rhumatologues. Certains de ces critères pourraient sans difficulté être adoptés par les médecins généralistes, même si, bien sûr, ces derniers sont appelés à développer leurs propres indicateurs. Les critères proposés par la SFR sont les suivants :

- **« *Connaissance des facteurs de risque de développer une PR ;***
- ***proportion de patients débutant une PR et initiant un traitement de fond dans les 3 mois après le début des symptômes ayant permis de poser le diagnostic ;***
- ***proportion de patients ayant une recherche de comorbidités ;***
- ***proportion de patients identifiés comme à risque cardiovasculaire ou néoplasique ;***
- ***proportion de consultations au cours desquels l'activité de la PR est quantifiée grâce à un indice composite ;***
- ***dépistage adéquat de PR-PID » (1).***

PLUS DE CONTENUS CI-DESSOUS



Continuez gratuitement sur l'app Univadis

Accès rapide à la base de données médicaments et aux dernières actualités médicales

★★★★☆ 2.4k



Qu'avez-vous retenu de cet article ? Réalisez [une série de quiz pour valider vos connaissances](#).

^ Références

1. Fautrel, B., et al., *2024 update of the recommendations of the French Society of Rheumatology for the diagnosis and management of patients with rheumatoid arthritis*. Joint Bone Spine, 2024. 91(6): p. 105790.
2. Smolen, J. S., et al., *EULAR recommendations for the management of rheumatoid arthritis with synthetic and biological disease-modifying antirheumatic drugs: 2 022 update*. Ann Rheum Dis, 2023. 82(1) : p. 3-18.
3. Combe, B., et al., *2016 update of the EULAR recommendations for the management of early arthritis*. Ann Rheum Dis, 2017. 76(6) : p. 948-959.
4. Smolen, J. S., et al., *EULAR recommendations for the management of rheumatoid arthritis with synthetic and biological disease-modifying antirheumatic drugs: 2 016 update*. Ann Rheum Dis, 2017. 76(6) : p. 960-977.
5. van der Heijde, D. M., et al., *Response criteria for slow acting antirheumatic drugs*. Ann Rheum Dis, 1990. 49(11) : p. 956.
6. Ytterberg, S.R., et al., *Cardiovascular and Cancer Risk with Tofacitinib in Rheumatoid Arthritis*. N Engl J Med, 2022. 386(4): p. 316-326.
7. Curtis, J. R., et al., *Malignancy risk with tofacitinib versus TNF inhibitors in rheumatoid arthritis: results from the open-label, randomised controlled ORAL Surveillance trial*. Ann Rheum Dis, 2023. 82(3) : p. 331-343.
8. Avouac, J., et al., *Recommendations for assessing the risk of cardiovascular disease and venous thromboembolism before the initiation of targeted therapies for chronic inflammatory rheumatic diseases*. Joint Bone Spine, 2023. 90(5): p. 105592.

DOI : [10.1016/j.jbspin.2024.105790](https://doi.org/10.1016/j.jbspin.2024.105790)

DATE DE PUBLICATION : septembre 2024.

DISPONIBLE SUR : [Voir le texte intégral](#)

Crédit image principale : Emily Berry



Continuez gratuitement sur l'app Univadis

Accès rapide à la base de données médicaments et aux dernières actualités médicales

★★★★☆ 2.4k



DERNIÈRES ACTUALITÉS

4e année de DES médecine générale : mode d'emploi



JFHOD 2026 – Le cannabis, un danger modéré pour le tube digestif



Transidentité – L'hormonothérapie masculinisante en pratique



Continuez gratuitement sur l'app Univadis

Accès rapide à la base de données médicaments et aux dernières actualités médicales

★★★★☆ 2.4k

