

Rhumato-clôture

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

L'assemblée de la SCR à Lake Louise en février 2016 a été un énorme succès avec notamment 255 affiches, 14 présentations orales et plus de 20 ateliers portant autant sur des maladies spécifiques (syndrome des antiphospholipides, maladie associée aux IgG4, spondylarthrite, maladie de Lyme, maladie inflammatoire du système nerveux central, vascularite, syndrome de Sjögren, sclérodermie systémique) que des scénarios particuliers (imagerie, grossesse et maladies rhumatismales, préoccupations médico-légales, sommeil, dépression, comorbidités cardiovasculaires, innocuité des anti-inflammatoires non stéroïdiens [AINS], capacité de recherche, revues de Cochrane, nutrition et gestion de la pratique). Les opinions dont je vous fais part ici ne sont que les miennes propres. Il m'était impossible d'assister à tous les ateliers en raison de conflits d'horaire, de sorte que d'importantes nouvelles connaissances pourraient ne pas être mentionnées ici.

Il y a eu une excellente revue de la qualité et quantité de sommeil, incluant des points de gros bon sens comme éviter de trop manger ou boire (alcool ou caféine) avant d'aller se coucher et s'efforcer de dormir suffisamment pour ne pas passer à côté d'importants cycles de sommeil réparateur. Nous avons également appris que ceux qui ne dorment pas bien vivent moins longtemps¹. Quel dommage que le sommeil ne soit pas une de ces choses que nous pouvons confier à des ressources externes, contrairement à l'entretien ménager, la garde d'enfants, etc.!

Les points forts sont trop nombreux pour pouvoir les mentionner tous, mais quelques excellentes études par des stagiaires incluaient des travaux sur la base de données de réclamations de la Colombie-Britannique

pour des patients atteints de PR démontrant que si l'utilisation de stéroïdes augmente (évidemment) l'incidence de diabète de type 2, l'hydroxychloroquine, le méthotrexate et les inhibiteurs du facteur de nécrose tumorale (TNF) réduisent l'incidence du diabète².

La maladie associée aux IgG4 a fait l'objet d'un atelier. Cette maladie peut être considérée comme un imitateur de différentes présentations; par exemple, une présentation



courante pourrait être un patient atteint de lymphadénopathie, avec hypertrophie de la glande sous-maxillaire et pancréatite auto-immune. Des perles ont été présentées. La moitié des patients atteints d'une maladie associée aux IgG4 ne présentent pas d'élévations sériques des IgG4. La norme de référence diagnostique est la biopsie. Le pathologiste doit être informé de ce qui est recherché dans la biopsie pour pouvoir procéder à une coloration adéquate pour établir un diagnostic.

Il y avait des résumés portant sur les disparités sur le plan de la réponse ou des issues. Il y a notamment différents taux de néphropathie lupique dans la cohorte canadienne des 1 000 visages du lupus. Par exemple, on note une plus forte incidence de néphrite chez les Canadiens d'origine asiatique que chez ceux de races blanches, noires ou autochtones, mais les Asiatiques présentent des taux relativement plus faibles de dommages rénaux. On note également des différences quant aux caractéristiques cliniques et des anticorps entre les Sud-Asiatiques et les Asiatiques des pays côtiers du Pacifique³. Une étude sur la différence minimale importante (DMI) pour l'indice d'activité du LED (SLEDAI-2K RI-50) a été présentée⁴. L'accès aux soins des Canadiens d'origine autochtone atteints de PR peut être retardé, ce qui signifie qu'ils reçoivent une prescription pour des agents biologiques seulement lorsqu'ils se trouvent à des taux plus élevés d'activité de la maladie; toutefois, nous avons aussi appris que les peuples autochtones ont une plus forte incidence d'événements indésirables graves comme des infections avec les agents biologiques. Ce phénomène s'explique probablement par de multiples raisons (p. ex. un niveau de maladie plus élevé est associé à plus d'infections; plus de comorbidités; faible statut socio-économique; vivre en région éloignée peut se traduire par plus de problèmes pour le suivi des complications). Un des importants messages à retenir est l'importance d'avertir les populations à risque des signes/symptômes d'infections graves et de les inciter à consulter un professionnel de la santé avant d'être trop malade⁵.

Il y a eu des études sur l'amélioration de l'accès rapide aux soins. Le Dr Paul Fortin a un outil de renvoi qui permet d'identifier l'arthrite inflammatoire précoce pour que les patients soient vus plus rapidement, tandis que le Dr Walter Maksymowych a tenté d'identifier les patients qui présentent une douleur dorsale chronique à un plus jeune âge dans des cliniques clés (dermatologie, ophtalmologie et gastroentérologie) où on signale une plus forte prévalence de spondyloarthropathie séronégative.

Il pourrait y avoir de l'espoir pour les patients souffrant de fibromyalgie; la clinique de traitement de la douleur de l'Université McGill a signalé des issues plus favorables lorsque les caractéristiques de base des patients étaient prises en considération et des résultats suggérant que la principale différence pourrait être plus d'exercice pour les patients au fil du temps⁶.

Il y a également eu des débats scientifiques dans des domaines comme l'utilisation de la marijuana médicinale pour traiter la douleur chronique et le recours aux médias sociaux dans nos pratiques^{7,8}.

L'assemblée a été un succès grâce à l'ampleur et à la profondeur des sujets abordés et grâce aux efforts acharnés du comité scientifique, sous la direction de la Dre Evelyn Sutton.

Références

1. Maas J. Conférence de pointe : Tout ce que vous devez savoir sur le sommeil, mais êtes trop fatigué pour le demander! Présentée à l'Assemblée SCR/AHPA 2016; 16-20 février 2016; Lake Louise (Alberta).
2. Schmidt T. Risque de diabète de type 2 associé aux médicaments pour traiter la polyarthrite rhumatoïde : Étude de cohorte basée dans la population. Présenté à l'Assemblée SCR/AHPA 2016; 16-20 février 2016; Lake Louise (Alberta). Résumé n° 6.
3. Nguyen M. Comparaison du lupus érythémateux disséminé dans trois groupes ethniques asiatiques : Résultats de la cohorte sur les 1 000 visages canadiens du lupus. Présenté à l'Assemblée SCR/AHPA 2016; 16-20 février 2016; Lake Louise (Alberta). Résumé n° 4.
4. Touma Z. Détermination de la différence minimale cliniquement importante pour l'indice S2K RI-50 (pour Systemic Lupus Erythematosus Disease Activity Index-2000 Responder Index-50). Présenté à l'Assemblée SCR/AHPA 2016; 16-20 février 2016; Lake Louise (Alberta). Résumé n° 14.
5. Barnabe C. Complications de la biothérapie dans la population autochtone albertaine atteinte de polyarthrite rhumatoïde. Présenté à l'Assemblée SCR/AHPA 2016; 16-20 février 2016; Lake Louise (Alberta). Résumé n° 8.
6. Karellis A. Assessment of the Temporal Variation of the Fibromyalgia Patient Profile between 2005 and 2013: Do Guidelines Inform Clinical Care? Présenté à l'Assemblée SCR/AHPA 2016; 16-20 février 2016; Lake Louise (Alberta). Résumé n° 35.
7. Controverses en rhumatologie – Un panel fumant. Présenté à l'Assemblée SCR/AHPA 2016; 16-20 février 2016; Lake Louise (Alberta).
8. Grand débat : Il est résolu que les rhumatologues devraient être à jour : Utilisation des médias sociaux pour communiquer avec les patients et pour la recherche. Présenté à l'Assemblée SCR/AHPA 2016; 16-20 février 2016; Lake Louise (Alberta).

Janet Pope, M.D., MPH, FRCPC

Professeure de médecine, chef de division,

Division de la rhumatologie, Département de médecine,

Centre de santé St. Joseph, Université Western

London (Ontario)