

CRAJ SSCR

Le Journal de la Société canadienne de rhumatologie



Pleins feux sur : *L'ASA de la SCR* **Vision 2020 : Une nouvelle décennie en rhumatologie**

Éditorial

Soins virtuels en rhumatologie : la suite

Des nouvelles de l'ICORA

Interventions multidisciplinaires de groupe en milieu communautaire destinées aux personnes atteintes de fibromyalgie : essai pilote contrôlé à répartition aléatoire

Arthroscopie

La Société de l'arthrite met l'épaule à la roue pour relever les défis liés à la COVID-19

GCSHA pour la sclérose généralisée au Canada

L'APSA à l'Assemblée scientifique annuelle de la SCR et de l'APSA

L'hydroxychloroquine et le cœur

Le top 10

Les 10 principales choses que les rhumatologues devraient (ou pourraient ne pas) connaître sur le point de vue des physiatres quant aux stratégies de réadaptation et aux interventions liées aux affections neuromusculosquelettiques

Qu'est-ce que la SCR fait pour vous?

Réponse de la SCR à la COVID-19

Nouvelles régionales

Mise à jour de la Colombie-Britannique

Articulons nos pensées

Les risques de toxicité cardiaque associés à l'hydroxychloroquine

Réduction progressive de la dose de glucocorticoïdes dans les cas de vascularite

Hommage boréal

Discours de la présidente & Passer le flambeau

RheumJeopardy! lors de l'ASA 2020

Entretiens avec les lauréats des prix de la SCR

Prix du rhumatologue émérite :

D^r Jamie Henderson

Prix du chercheur émérite : D^r Paul Fortin

Prix du formateur d'enseignants émergent :

D^{re} Dharini Mahendra

Point de mire : Prix pour résumés 2020 de la SCR

Grand débat de l'ASA 2020 de la SCR

Prix Réflexion sur la pratique de la SCR

Suivi des objectifs de triage pour la PR

Comprendre et améliorer l'éducation des patients sur les maladies cardiovasculaires associées à l'arthrite psoriasique

ENVISAGEZ OLUMIANT POUR LA PRISE EN CHARGE DE LA POLYARTHRITE RHUMATOÏDE (PR)¹

Chez les adultes qui ont obtenu une réponse insatisfaisante à au moins un antirhumatismal modificateur de la maladie classique (ARMMc), Olumiant a démontré^{1*} :

- Une amélioration significative du taux de réponse ACR20 démontrée à la 12^e semaine comparativement au placebo : 66 %[†] vs 39 % (IC à 95 % : de 17,6 à 35,3; $p < 0,05$)¹
- Une amélioration des scores d'activité de la maladie (DAS28-hsCRP < 2,6) comparativement au placebo (aucune neutralisation du risque d'erreur de type I) (critères d'évaluation secondaire)¹ :
 - Semaine 12 : 26 % vs 9 % (IC à 95 % : de 10,2 à 23,7; $p < 0,05$)
 - Semaine 24 : 31 % vs 11 % (IC à 95 % : de 12,9 à 27,2; $p < 0,05$)
- Une amélioration significative de la variation moyenne de l'indice HAQ-DI entre le départ et la 24^e semaine vs le placebo : -0,24[†] (IC à 95 % : de -0,35 à -0,14; $p < 0,05$) (critère d'évaluation secondaire)^{1,2}

Posologie quotidienne pratique¹

- Dose recommandée : **2 mg une fois par jour**, en association avec le MTX
- Peut être utilisé en monothérapie en cas d'intolérance au MTX
- Peut être pris à n'importe quel moment de la journée avec ou sans aliments

Olumiant est un inhibiteur sélectif et réversible des protéines janus kinases (JAK)^{1*}

Indications et usage clinique :

- Olumiant (baricitinib) est indiqué en association avec le méthotrexate (MTX) pour atténuer les rhumes et les symptômes de la polyarthrite rhumatoïde modérée ou sévère chez les patients adultes qui ont obtenu une réponse insatisfaisante à un ou plusieurs antirhumatismeux modificateurs de la maladie (ARMM).
- Olumiant peut être utilisé en monothérapie en cas d'intolérance au MTX.
- Il est déconseillé d'utiliser Olumiant en association avec un autre inhibiteur des protéines janus kinases (JAK), un ARMM biologique ou un immunosuppresseur puissant tel que l'azathioprine et la cyclosporine.
- Personnes âgées (> 65 ans) : Utiliser avec prudence.
- Enfants (< 18 ans) : Olumiant ne doit pas être utilisé chez cette population de patients.

Contre-indications :

- Patients qui présentent une hypersensibilité connue au baricitinib ou à un autre composant de ce produit.

Mises en garde et précautions les plus importantes :

- **Infections graves** : Les patients traités par Olumiant sont exposés à un risque d'infection grave pouvant entraîner l'hospitalisation ou le décès. La plupart des patients qui ont contracté une telle infection préexistaient en concomitance un immunosuppresseur, tel que le MTX ou un corticostéroïde. En cas d'infection grave, il faut interrompre le traitement par Olumiant jusqu'à ce que l'infection ait été maîtrisée. Les infections signalées comprennent les suivantes : tuberculose évolutive – les patients doivent subir des tests de dépistage de la tuberculose avant l'instauration du traitement par Olumiant et pendant celui-ci. En cas d'infection latente, il faut instaurer un traitement antituberculeux avant d'utiliser Olumiant; infections fongiques envahissantes, y compris la cryptococcose et la pneumocystose; infections bactériennes ou virales et autres infections causées par des agents pathogènes opportunistes. Il ne faut pas instaurer de traitement par Olumiant en

présence d'une infection évolutive, y compris les infections chroniques ou localisées. Il faut surveiller étroitement les patients pendant et après le traitement par Olumiant afin de déceler tout signe ou symptôme d'infection.

- **Cancer** : Des cas de lymphome ou d'autres cancers ont été signalés chez des patients qui ont suivi un traitement par Olumiant. Il faut soupeser les risques et les bienfaits associés au traitement par Olumiant avant d'instaurer un tel traitement en présence d'un cancer avéré, à moins qu'il ne s'agisse d'un cancer de la peau non mélanique qui a été traité efficacement, ou au moment d'établir s'il faut poursuivre ce traitement, en cas d'apparition d'un cancer.
- **Thrombose** : On a observé une incidence accrue de thrombose, notamment de thrombose veineuse profonde (TVP) et d'embolie pulmonaire (EP), chez les patients traités par Olumiant. Il y a également eu des cas de thrombose artérielle. Il faut évaluer rapidement tout patient présentant des symptômes de thrombose.

Autres mises en garde et précautions pertinentes :

- User de prudence chez les patients qui pourraient être exposés à un risque accru de perforation gastro-intestinale.
- En cas de symptômes abdominaux d'apparition nouvelle, il faut évaluer le patient sans tarder de façon à déceler rapidement une perforation gastro-intestinale.
- Il faut mesurer les taux d'enzymes hépatiques avant l'instauration d'un traitement par Olumiant, puis pendant celui-ci conformément à la stratégie de prise en charge usuelle. En cas d'élévation du taux d'alanine transaminase (ALT) ou d'aspartate transaminase (AST) que l'on soupçonne d'être associée à une lésion hépatique d'origine médicamenteuse, il faut interrompre le traitement par Olumiant jusqu'à ce que cette hypothèse diagnostique ait été écartée.
- Olumiant n'a pas été étudié chez les patients atteints d'une insuffisance hépatique sévère et, par conséquent, n'est pas recommandé chez ces patients.
- L'utilisation concomitante d'Olumiant et d'un immunosuppresseur puissant n'est pas recommandée.

- Il est déconseillé d'administrer un vaccin vivant durant le traitement.
- Il faut éviter d'utiliser Olumiant en présence d'une infection évolutive, y compris les infections localisées.
- Il faut surveiller étroitement les patients pendant et après le traitement par Olumiant afin de déceler tout signe ou symptôme d'infection.
- Il faut interrompre le traitement par Olumiant en cas d'infection grave, d'infection opportuniste ou de sepsis.
- La prudence est de rigueur lorsque Olumiant est utilisé chez les personnes âgées et les patients diabétiques.
- User de prudence chez les patients qui ont des antécédents de maladie pulmonaire chronique.
- Les patients doivent subir des tests de dépistage de la tuberculose latente ou évolutive avant l'instauration du traitement par Olumiant; le produit ne doit pas être administré aux patients atteints de tuberculose évolutive.
- Si un patient contracte le zona, il faut interrompre le traitement par Olumiant jusqu'à ce que cette infection se soit résorbée.
- Risque d'élévation du taux de créatine phosphokinase (CPK) au cours de la première semaine de traitement par Olumiant.
- Il faut s'abstenir d'instaurer un traitement par Olumiant ou interrompre un tel traitement si le taux d'hémoglobine est < 80 g/L.
- Il faut s'abstenir d'instaurer un traitement par Olumiant si le nombre absolu de lymphocytes (NAL) est < 0,5 x 10⁹ cellules/L ou interrompre un tel traitement si le NAL chute sous ce seuil.
- Il faut s'abstenir d'instaurer un traitement par Olumiant si le nombre absolu de neutrophiles (NAN) est < 1 x 10⁹ cellules/L ou interrompre un tel traitement si le NAN chute sous ce seuil.
- Il faut effectuer une évaluation des paramètres lipidiques environ 12 semaines après l'instauration d'un traitement par Olumiant, et selon les besoins, par la suite.
- Il faut vérifier le taux de CPK des patients qui sont en proie à certains symptômes musculaires

(faiblesse et/ou douleurs musculaires) afin de déceler d'éventuels signes évocateurs d'une rhabdomyolyse.

- Emploi déconseillé chez les patients atteints d'insuffisance rénale modérée ou sévère, y compris ceux atteints d'insuffisance rénale terminale.
- La prudence est de mise lorsque Olumiant est utilisé en présence de facteurs de risque ou d'antécédents de pneumopathie interstitielle.
- Populations particulières : Ne doit pas être utilisé durant la grossesse. Les femmes aptes à procréer doivent prendre les précautions nécessaires pour éviter une grossesse pendant toute la durée du traitement, et pendant au moins 1 semaine après la fin de celui-ci. L'allaitement est déconseillé durant le traitement par Olumiant.
- Surveillance et épreuves de laboratoire : Il faut évaluer les paramètres lipidiques avant l'instauration du traitement par Olumiant, environ 12 semaines après celle-ci, puis régulièrement par la suite. Il est recommandé d'effectuer un dosage des enzymes hépatiques. Dès lors qu'une lésion hépatique d'origine médicamenteuse est soupçonnée, il faut interrompre le traitement jusqu'à ce que cette hypothèse diagnostique ait été écartée. Il faut évaluer la fonction rénale avant l'instauration du traitement par Olumiant, environ 4 à 8 semaines après celle-ci, puis régulièrement par la suite. Il faut évaluer le nombre de lymphocytes, le nombre de neutrophiles et le taux d'hémoglobine au départ, environ 4 à 8 semaines après l'instauration du traitement, puis régulièrement par la suite.

Pour de plus amples renseignements :

Veillez consulter la monographie à <http://pi.lilly.com/ca/fr/olumiant-ca-pm-fr.pdf> pour obtenir des renseignements importants sur les effets indésirables, les interactions médicamenteuses et la posologie qui n'ont pas été traités dans le présent document.

Vous pouvez aussi vous procurer la monographie du produit en composant le 1-888-545-5972.

ACR = American College of Rheumatology; DAS28-hsCRP = score d'activité de la maladie dans 28 articulations selon le taux de protéine C réactive obtenu par dosage hautement sensible; HAQ-DI = indice de capacité fonctionnelle du questionnaire d'évaluation de l'état de santé; IC = intervalle de confiance.

* Étude de phase III, à double insu de 24 semaines, menée auprès de 684 patients n'ayant jamais été traités par des ARMM biologiques, atteints de PR modérée ou sévère et qui avaient présenté une réponse insatisfaisante ou une intolérance à ≥ 1 ARMMc. Les patients ont été répartis selon un rapport de 1:1:1 pour recevoir le placebo (n = 228) ou le baricitinib à 2 mg (n = 229) ou à 4 mg (n = 227) une fois par jour. Le critère d'évaluation principal était la réponse ACR20 (critères d'amélioration de 20 % de l'American College of Rheumatology) à la 12^e semaine pour le baricitinib à 4 mg 2. [Dougados p. 1B, 2C] La dose de 4 mg de baricitinib n'est pas approuvée au Canada.

† Neutralisation du risque d'erreur de type I.

‡ Signification clinique inconnue.

§ L'estimation de l'exposition des patients au baricitinib est fondée sur les ventes cumulatives. La portée clinique est inconnue.

Références : 1. Olumiant (baricitinib) Product Monograph, Eli Lilly Canada Inc., 14 août 2018. 2. Dougados M, van der Heijde D, Chen Y-C, et al. Baricitinib in patients with inadequate response or intolerance to conventional synthetic DMARDs: results from the RA-BUILD study. Ann Rheum Dis 2017;76:88-95. 3. Données internes. Eli Lilly Canada Inc.

© 2020 Eli Lilly Canada Inc. Tous droits réservés.

Soins virtuels en rhumatologie : la suite

– Réflexions en date de mars 2020

Par Philip A. Baer, MDCM, FRCPC, FACR

« *Il ne faut jamais gaspiller une bonne crise.* »

– Attribué tour à tour à Winston Churchill, Rahm Emanuel et Saul Alinsky
(*Don't Waste a Crisis – Your Patient's or Your Own.* M. F. Weiner Medical Economics, 1976.)

J e ne pensais pas revenir sur ce sujet si tôt, mais la COVID-19 change beaucoup de plans. Parmi toutes ces mauvaises nouvelles, les restrictions imposées aux interactions en personne ont bouleversé notre monde du travail, offrant toutefois des avantages potentiels à long terme pour nous et nos patients.

Au sortir de l'Assemblée scientifique annuelle de la SCR, qui était comme toujours excellente et dont il est question abondamment dans ce numéro du *JSCR*, je nourrissais de grands espoirs pour mars 2020 dans la vie réelle. Ma femme et moi avions prévu présenter des conférences dans le cadre d'ateliers de formation médicale continue (FMC) au Maroc pendant deux semaines. Ce voyage a été annulé à trois jours de la date prévue, ce qui nous a évité de rester coincés à Casablanca lorsque le Maroc a fermé son espace aérien. J'ai ensuite voulu assister à une réunion médicale à Vancouver : cette réunion a été annulée elle aussi, alors que je m'étais déjà enregistré en ligne pour mon vol. Pas de problème : j'ai obtenu une place après une annulation pour une opération de la cataracte dont j'avais besoin. Encore une fois, l'événement a été annulé avec moins de 24 heures de préavis en raison de la COVID-19.

Pendant ce temps, toutes les réunions médicales, du club de lecture et de la FMC ainsi que tous les contacts avec l'industrie ont été reportés, annulés ou déplacés en ligne. Maintenant que la distanciation sociale est la nouvelle norme, notre groupe d'intérêt local sur la psychiatrie de catastrophe nous a rappelé que la connexion émotionnelle était encore plus importante que d'habitude. Dans ce monde branché, il est plus facile que jamais d'établir cette connexion, même lorsque la séparation physique est nécessaire. En Ontario, nous avons eu le plaisir de voir les membres de notre communauté de rhumatologie, si soudée, travailler ensemble, en petits groupes et par l'intermédiaire de l'ORA, pour se soutenir mutuellement dans cette situation si peu familière.

Dans ce contexte d'entraide, nous avons également dû trouver des façons de répondre aux besoins de nos patients atteints de maladies rhumatismales. Bien que bon nombre d'entre nous ne soient pas enthousiasmés par nos dossiers médicaux électroniques (DME) au quotidien, dans la situation actuelle, les avantages de tels dossiers par rapport aux dossiers papier sont évidents. Nous pouvons travailler de n'importe quel endroit, du moins tant que nous ne sommes pas privés d'électricité et qu'Internet fonctionne. Les gouvernements provinciaux ont agi rapidement pour permettre la facturation des consultations téléphoniques, auxquelles nous avons eu recours pour la dernière fois pendant l'épidémie

de SRAS, en 2003, et ont élargi les options de consultations vidéo à un plus grand nombre de plateformes. Nous pouvons maintenant continuer de dispenser des soins même si certains édifices abritant des services médicaux sont fermés et que certains médecins en bonne santé se retrouvent en isolement après un voyage.

Évidemment, tout nouvel environnement de travail nécessite des ajustements. L'adoption des DME n'est pas synonyme d'optimisation des DME, comme je l'ai rapidement appris. Alors que nous n'avions jamais favorisé l'envoi de courriels aux patients pour des raisons de confidentialité et de rapidité de la réponse, nous désirions tout d'un coup obtenir les adresses courriel de tous afin de pouvoir numériser et envoyer les demandes d'analyse de laboratoire et d'autres documents, car la plupart des patients n'ont pas accès au télécopieur et la livraison du courrier par les employés de la poste pourrait être interrompue à tout moment. Les options de transmission d'ordonnances en ligne sont plus intéressantes que jamais lorsqu'elles sont possibles; pour tous les autres patients qui ont obtenu une consultation virtuelle, la consignation du nom et du numéro de télécopieur de la pharmacie devenait une nouvelle exigence.

J'ai dû accomplir ces tâches administratives lors de mes premières consultations téléphoniques, qui se sont par ailleurs étonnamment bien déroulées. Les consultations de suivi de routine des patients stables fonctionnent bien dans ce format, ce qui évite à certains patients de longs trajets jusqu'à mon cabinet. Nous avons également pris en charge des patients qui s'étaient isolés au retour d'un voyage et qui auraient été obligés de retarder leurs consultations. Pour les experts en technologie, les consultations vidéo permettent de prendre en charge d'autres patients : ils peuvent examiner visuellement des éruptions cutanées et des articulations visiblement gonflées et obtenir les lectures de tension artérielle faites par les patients, mais il est évident qu'un tel examen à distance ne permet pas de déceler des signes plus subtils. Les patients se sont révélés très habiles pour dénombrer eux-mêmes le nombre d'articulations douloureuses, et nos questionnaires d'évaluation de la santé multidimensionnelle (MDHAQ) sur papier ont été remplacés par des versions orales.

Il ne fait pas de doute qu'il subsiste certains problèmes. Les injections articulaires et les perfusions d'agents biologiques ne peuvent être faites virtuellement. Les patients qui ne vont pas bien doivent souvent être examinés en personne. La prise en charge de nouveaux patients est également difficile à gérer virtuellement, sauf lorsqu'il y a une découverte fortuite d'anomalies suivant un

Suite à la page 5

COMITÉ DE RÉDACTION DU JSCR

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

RÉDACTEUR EN CHEF

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

CONSEIL D'ADMINISTRATION DE LA SCR

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

Nigil Haroon, M.D., Ph. D., DM, FRCPC,
Vice-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)

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

MEMBRES

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., FRCPC
Professeur agrégé,
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 *JSCR* est en ligne!
Vous nous trouverez au :
www.craj.ca/index_fr.php

Code d'accès : **craj**

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

Paul F. Brand
Directeur exécutif

Jyoti Patel
Rédactrice en chef

Catherine de Grandmont
Rédactrice-révisrice principale
(version française)

Donna Graham
Chef de production

Dan Oldfield
Directeur du design

Mélissa Drouin
Services financiers

Robert E. Passaretti
Éditeur

© STA HealthCare Communications inc., 2020. 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 : juin 2020.

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 sélectionnent 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.

Soins virtuels en rhumatologie : la suite

Suite de la page 3

examen d'imagerie ou des tests de laboratoire, dont beaucoup n'auraient pas dû être demandés au départ. Les nouveaux cas de vascularite, de polyarthrite rhumatoïde et de lupus érythémateux systémique doivent être examinés et traités d'urgence. Les analyses de laboratoire de suivi peuvent être espacées, mais elles restent nécessaires.

Ceux qui se rendent au cabinet sont confrontés à de nouvelles réalités : portes de bureau verrouillées, distanciation sociale dans la salle d'attente, restrictions concernant les accompagnateurs et les visiteurs impromptus et utilisation d'équipements de protection individuelle lorsque cela est nécessaire. Tous les patients sont désormais soumis à une évaluation des risques basée sur les antécédents de voyage, les contacts avec une personne atteinte de la COVID-19, la fièvre et d'autres symptômes inquiétants. Ma secrétaire a un nouveau scénario téléphonique pour les rappels et l'affichage sur notre porte d'entrée ainsi que dans l'ensemble de l'édifice abritant des services médicaux où nous sommes situés est constamment mis à jour.

Nous n'avons pas encore de réponses aux questions passionnantes que soulève le traitement de la COVID-19. Faut-il éviter l'ibuprofène? Les promesses des antipaludéens, du baricitinib et des inhibiteurs de l'IL-6 comme traitements se concrétise-

ront-elles? Y aura-t-il un vaccin? S'agira-t-il de la dernière pandémie de tous les temps? On peut facilement répondre « non » à cette dernière question. À quoi ressemblera la nouvelle normalité une fois la pandémie terminée? Je prédis que la médecine virtuelle est là pour de bon. Comme l'a déclaré la D^{re} Theresa Tam, responsable de la santé publique au Canada : « Les gens utilisent des méthodes novatrices pour essayer de fournir des soins de différentes manières. Cela inclut l'obtention de codes de facturation pour les médecins qui effectuent ces consultations à distance. L'objectif est d'augmenter la capacité maximale du système de santé à traiter ceux qui présentent des symptômes plus graves du virus de la COVID. Les médecins utilisent la télémédecine d'une manière qui devrait survivre à l'épidémie, selon moi. »

Si vous avez des conseils, des expériences ou des histoires à communiquer sur la COVID-19, n'hésitez pas à les faire parvenir au JSCR pour que nous puissions éventuellement les publier sur papier ou en ligne dans les prochains numéros.

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

Félicitations aux premiers lauréats du prix Maître de la SCR!

La Société canadienne de rhumatologie (SCR) a créé un tout nouveau prix « Maître » en 2020, remis aux membres de 65 ans et plus qui ont apporté des contributions remarquables au domaine de la rhumatologie et qui ont excellé de l'une ou plus des façons suivantes : service exceptionnel aux patients, services administratifs exceptionnels, excellence en enseignement de la rhumatologie et éducation et /ou excellence en recherche rhumatologique.

D ^r Martin Atkinson	D ^r John G. Hanly	D ^r Kiem Oen
D ^{re} Claire Bombardier	D ^r Boulos Haraoui	D ^r Ross E. Petty
D ^r Arthur Bookman	D ^r Manfred Harth	D ^r Alan M. Rosenberg
D ^r Jacques Brown	D ^r Robert Inman	D ^r Anthony S. Russell
D ^r Paul Davis	D ^r Edward C. Keystone	D ^r Dr. Earl Silverman
D ^r Hani S. El-Gabalawy	D ^r Barry Koehler	D ^r Carter Thorne
D ^r John M. Esdaile	D ^r Gunnar Kraag	D ^r Jean-Luc Senécal
D ^r Marvin J. Fritzler	D ^r Ronald M. Laxer	D ^r Murray B. Urowitz
D ^{re} Dafna Gladman	D ^r Henri André Ménard	D ^r Michel Zimmer

Interventions multidisciplinaires de groupe en milieu communautaire destinées aux personnes atteintes de fibromyalgie : essai pilote contrôlé à répartition aléatoire

Par Michelle Teo, M.D., FRCPC

Lorsque j'ai commencé ma carrière de rhumatologue en milieu communautaire, je ne voyais pas comment je pourrais intégrer la recherche dans ma pratique clinique. La recherche exige des compétences dans différents domaines qui font défaut à beaucoup d'entre nous, comme la rédaction de demandes de subventions, les demandes d'approbation éthique, les statistiques, etc. Comment le rhumatologue communautaire moyen peut-il s'attendre à être compétent dans ces domaines alors que la recherche est considérée comme un « extra » que nous intercalons entre nos périodes de consultation?

Si vous êtes un rhumatologue communautaire et si vous voyez une possibilité d'apporter un changement positif par la recherche, vous pouvez obtenir une bourse de l'ICORA (Initiative canadienne pour des résultats en soins rhumatologiques). En collaborant avec un chercheur universitaire, vous créez un partenariat qui vous permet de concentrer votre temps et votre énergie sur vos points forts, tout en prodiguant des soins cliniques aux patients.

Notre équipe a obtenu une subvention de deux ans de l'ICORA en 2017 pour réaliser une étude pilote contrôlée à répartition aléatoire portant sur les interventions de groupe destinées aux personnes atteintes de fibromyalgie (« *A Multi-disciplinary, Community-based Group Intervention for Individuals with Fibromyalgia: A Pilot Randomized Controlled Trial* »). Les rhumatologues des collectivités mal desservies, comme moi, sont souvent incapables de voir ces patients en raison des longues listes d'attente. Mais cela ne signifie pas que les patients atteints de fibromyalgie ne méritent pas des soins appropriés. En outre, étant donné la multitude de facteurs sanitaires, psychologiques et sociétaux qui contribuent à la fibromyalgie, il est naïf de croire qu'un rhumatologue peut fournir toute l'étendue du traitement requis ou qu'un patient peut accéder par lui-même à des ressources appropriées et intégrées.

Nous avons mis au point un modèle de soins interprofessionnels intégrés de dix semaines en groupe pour les patients ayant reçu un diagnostic de fibromyalgie. L'objectif était de doter les



patients d'outils de prise en charge autonome de la maladie durables et efficaces. Parmi les professionnels de la santé participant aux soins, notons un kinésiologue, un physiothérapeute, un thérapeute en santé mentale, un diététiste, un travailleur social et un rhumatologue. Le groupe d'étude s'est réuni deux fois par semaine pour faire 60 minutes d'exercice et une fois par semaine pour recevoir de 60 à 90 minutes d'éducation en groupe. Les résultats de l'étude ont révélé une amélioration de la qualité des soins perçue par les patients, de leur fonctionnement quotidien et de leur attitude face à la douleur. La prochaine étape de ce travail consiste à montrer comment l'utilisation des soins de santé change lorsque les patients atteints de fibromyalgie ont accès à un tel programme.

Les patients qui vivent avec la douleur méritent de pouvoir gagner en autonomie grâce à la conscience corps-esprit et aux autosoins. Cette étude illustre à quel point une telle approche peut être fructueuse dans une population de patients limitée. J'espère également que cela encouragera d'autres rhumatologues en milieu communautaire à envisager de collaborer avec des chercheurs pour améliorer la vie de nos patients.

Michelle M. Teo, M.D., FRCPC
Rhumatologue
Hôpital régional de Penticton
Penticton (Colombie-Britannique)

Vous êtes invités à soumettre des résumés en vue d'une présentation lors de l'Assemblée scientifique annuelle de la SCR et de l'APSA 2021!

Date limite pour la soumission des résumés : 9 octobre 2020
Des détails seront disponibles sur le site asm.rheum.ca

Réponse de la SCR à la COVID-19



Depuis le début de l'actuelle pandémie de COVID-19, l'équipe de la SCR suit de près cette situation qui évolue rapidement. Nous souhaitons informer les membres de nos initiatives et des mesures en cours pour vous tenir au courant.

Pénuries de médicaments Énoncés de position

- Le Comité des thérapeutiques de la SCR a réagi rapidement en présentant des énoncés de position pertinents pour les rhumatologues canadiens tout au long de cette pandémie. Visitez le site rheum.ca/fr/covid19/ pour plus d'information.

Engagement des parties concernées

- Pénurie d'hydroxychloroquine (HCQ) :
 - La SCR est restée active dans ce dossier, ouvrant la voie et se mettant en relation avec les principales parties concernées pour à la fois informer les décideurs et rendre compte aux membres. La SCR a notamment participé activement à des réunions avec Santé Canada, d'autres associations professionnelles, des groupes de patients et l'industrie pour définir le problème et trouver des solutions aux pénuries d'HCQ.
 - En outre, la SCR, par l'intermédiaire du président du Comité pour l'engagement des parties prenantes, a contacté de manière proactive la ministre fédérale de la Santé, lui faisant parvenir une lettre demandant instamment au gouvernement fédéral d'augmenter les stocks d'HCQ au Canada afin de répondre à la demande accrue pour tous les patients qui en ont besoin.

Vous tenir informés

Mises à jour hebdomadaires de la présidente

- Depuis le mois de mars, la SCR envoie des mises à jour hebdomadaires à tous ses membres concernant les renseignements liés à COVID-19 qui ont un impact sur les rhumatologues canadiens.

Webinaires

- La série de webinaires sur la réponse à la COVID-19 de la SCR a été élaborée pour offrir aux prestataires de soins de santé de la communauté des rhumatologues des ressources éducatives supplémentaires.
 - Webinaires récents :
 - « Leçons à tirer de l'Italie : Le point de vue d'un rhumatologue sur la COVID-19 »
 - « Périples des patients de rhumatologie/atteints de PR durant la COVID-19 »
 - Et bien d'autres! Visitez rheum.ca/fr/ pour voir la liste complète des webinaires sur la COVID-19.

Centre de ressources

- La SCR a lancé un centre de ressources sur la COVID-19 à rheum.ca/fr/covid19/ qui contient des renseignements et des mises à jour pertinents pour les rhumatologues canadiens.

- Les membres de la SCR ont accès à du contenu supplémentaire, y compris des webinaires et plus encore.

Rester en contact Forum de discussion

- Afin d'encourager l'échange de connaissances au sein de notre communauté, la SCR a lancé un nouveau forum de discussion pour ses membres.
- Visitez rheum.ca/fr/ pour y accéder!

Programmation et événements Assemblée scientifique annuelle 2020

- La SCR a régulièrement communiqué les renseignements sur la COVID-19 à tous les participants, y compris les meilleures pratiques, et a mis en place une politique d'annulation flexible pour ceux qui ne se sentaient pas bien ou ne voulaient pas voyager.
- Actuellement, nous planifions de manière proactive une autre assemblée scientifique annuelle complète en 2021, qui sera présentée de manière sécuritaire et efficace.

Futurs chefs de file en rhumatologie

- Cette année, la réunion du programme FLIRT (*Future Leaders in Rheumatology*), prévue en mai 2020, a été transformée en réunion virtuelle couronnée de succès.

Programme de bourses d'été

- Nous avons pris la difficile décision d'annuler le Programme de bourses d'été cette année.
- Nous apprécions le soutien continu de nos membres et prévoyons le retour du Programme de bourses d'été en 2021.

Initiatives

Registre de la COVID-19 Global Rheumatology Alliance

- La SCR est signataire du *COVID-19 Global Rheumatology Alliance Registry*.
- Ce registre est le fruit d'efforts internationaux visant à recueillir des données pertinentes sur la COVID-19 chez les patients atteints de maladies rhumatologiques.
- De nombreux sites à travers le Canada sont prêts à contribuer à ce registre, et d'autres s'y ajouteront à mesure que l'intérêt se manifestera et que les approbations éthiques seront reçues.

Nombreuses autres initiatives

- La couverture d'EULAR d'un point de vue canadien
- Balado sur la COVID-19
- Séances de yoga
- Ressource « évolutive » *Retour aux consultations en personne*
- Et plus encore – visitez rheum.ca/fr/ pour des mises à jour!

Passer le flambeau

Vandana Ahluwalia,
présidente sortante de la SCR



Il y a deux ans, j'ai endossé le rôle de présidente de la Société canadienne de rhumatologie (SCR), une expérience qui s'est révélée très enrichissante. J'ai appris que de bonnes choses se produisent lorsque des personnes dévouées travaillent ensemble à un objectif commun. Nos membres bénévoles ont accompli beaucoup grâce aux solides relations professionnelles qu'ils

ont établies entre eux.

Juste avant le début de mon mandat, notre nouveau directeur général, Ahmad Zbib, s'est joint à notre équipe. En partenariat avec le conseil d'administration, les bénévoles du comité et un personnel dévoué, il s'efforce d'apporter de la valeur à tous nos membres et d'améliorer continuellement notre organisation.

Je me sens privilégiée et je suis fière d'avoir dirigé les dernières étapes de ce que je crois être un parcours de transformation pour la SCR. Cela a commencé il y a plusieurs années, avec l'introduction d'un nouveau modèle de gouvernance. Ce cheminement a demandé beaucoup de temps, d'énergie et d'engagement. Au cours des deux dernières années, nous nous sommes concentrés sur l'alignement stratégique de nos ressources, ainsi que sur la planification d'un avenir brillant et durable. Il a résulté de cet exercice un plan stratégique nouvellement élaboré qui préparera le terrain pour les trois à cinq prochaines années et nous aidera à obtenir des effets mesurables. En outre, notre travail pour élaborer une nouvelle structure organisationnelle, grâce à laquelle nous pourrions continuer à servir nos membres et le public, contribuera à assurer la pérennité de notre organisation.

Le *Journal of Rheumatology* s'est très bien intégré à son chez-soi, à la SCR. Notre relation, fondée sur le respect mutuel, gagne en maturité et est renforcée par une communication ouverte. La revue continue de publier des articles de renommée internationale sur la recherche en rhumatologie. Sa portée s'élargit à l'échelle mondiale grâce à sa publication « *Clinical Highlights* », qui vise à informer et à éduquer les rhumatologues du monde entier.

Notre activité phare, l'Assemblée scientifique annuelle, qui s'est tenue dans la belle ville de Victoria, en Colombie-Britannique, a été très courue. Cette année, nous avons présenté un nouveau cours de révision pour les rhumatologues généralistes, qui a été très bien accueilli. Nous avons également tenu notre première Conférence canadienne de recherche sur l'arthrite. Cet événement a réuni la Société de l'arthrite, l'IALA-IRSC et la SCR dans le but de soutenir la recherche visant à améliorer la vie des personnes atteintes d'arthrite et de maladies rhumatismales.

Au cours de mon mandat à la SCR, j'ai appris que le leadership n'est pas un trait inné, mais une compétence qui peut être enseignée. Il est important que nous n'oublions pas d'encourager ceux qui ont le potentiel et la motivation nécessaires pour devenir les futurs chefs de file de cette organisation. Ce fut un honneur pour moi de travailler avec un conseil d'administration aussi enthousiaste et dévoué, qui a fait de mon travail une partie de plaisir. Je suis heureuse de passer le flambeau à Evelyn Sutton, notre nouvelle présidente, qui nous dirigera et célébrera avec nous notre 75^e anniversaire en 2021.

Vandana Ahluwalia, M.D., FRCPC, présidente sortante, SCR



Discours de la présidente

Evelyn Sutton,
présidente de la SCR



En avril dernier, mon mari et moi avons assisté au mariage d'un jeune couple. Les deux tourtereaux ont échangé leurs vœux sur le pont d'une marina déserte, où il n'y avait pas un seul bateau amarré. Ce couple, le juge de paix et nous-mêmes formions un groupe de cinq, le maximum permis pour un rassemblement. J'ai utilisé mon téléphone portable pour enregistrer une vidéo de

l'événement et plus tard, avec l'aide d'une personne plus douée que moi en matière de technologie, je l'ai téléchargée pour que leurs parents et leurs invités puissent la visionner dans le monde entier. Nous ne pouvions pas embrasser la mariée ou le marié, ni aller manger ensemble pour célébrer. Au lieu de cela, nous avons longé la côte dans nos véhicules respectifs et trouvé un endroit pour prendre quelques photos supplémentaires de l'heureux couple, avec des vues de la côte en arrière-plan. La joie qui émanait des nouveaux mariés était contagieuse et nous ne pouvions nous empêcher de sourire.

Contagieux est un choix de mot à la fois approprié et inapproprié en ce moment. La vie de chacun a été touchée à divers degrés par un virus dont nous connaissons l'existence en février, à Victoria, lors de notre Assemblée scientifique annuelle, mais dont les effets ne s'étaient pas encore fait ressentir à l'échelle planétaire. Je me souviens d'avoir entendu les participants se réjouir à l'idée de se voir lors des prochaines réunions régionales ou de la séance de l'EULAR, réunions qui ont évidemment toutes été annulées depuis.

Comme le jeune couple qui s'est marié hier, nous sommes tous mis au défi de déterminer ce qui est vraiment important pour nous. Ces deux amoureux n'avaient pas besoin d'une grande fête, de décorations ou de fleurs. Ils avaient besoin de la promesse que chacun serait là pour l'autre, quoi que l'avenir leur réserve.

La Société canadienne de rhumatologie (SCR) s'affaire également à déterminer ce qui est important pour ses membres, notamment par des mises à jour des pratiques exemplaires pour nos patients traités par des produits biologiques, par le plaidoyer en faveur de l'hydroxychloroquine fondé sur des données probantes, par la pression exercée sur le gouvernement et les fournisseurs pour s'assurer que nos patients ne sont pas laissés sans médicaments et par des conseils sur l'évaluation des patients à distance. Vos comités ont travaillé très fort en votre nom, et je remercie chacun d'entre eux. Je tiens à souligner plus particulièrement le travail de Rosie Scuccimarrì et du Comité des thérapeutiques, de Carter Thorne pour son infatigable et tenace plaidoyer en faveur de l'hydroxychloroquine, de Janet Pope pour ses webinaires, d'Ahmad Zbib ainsi que du merveilleux personnel de la SCR.

Sur le plan personnel, j'espère que vous, vos familles et vos proches se portent bien. Je me considère chanceuse d'être membre de ce réseau national de professionnels merveilleux et attentionnés et je n'ai jamais regretté d'avoir fait le choix d'appartenir à cette merveilleuse organisation. Je vous promets que, peu importe l'avenir qui s'annonce, la SCR continuera à travailler avec et pour vous. J'espère que nous pourrions nous voir à Québec en février 2021, mais sinon, nous trouverons un moyen de rester en contact. Je vous transmets tous mes meilleurs souhaits.

Sincèrement,

Evelyn Sutton, M.D., FRCPC, présidente, SCR

RheumJeopardy! lors de l'ASA 2020

Par Philip A. Baer, MDCM, FRCPC, FACR

Le jeu *RheumJeopardy!* était de retour pour une 5^e année consécutive à l'ASA 2020 de la SCR à Victoria. Comme le veut la tradition, j'ai créé les questions et j'ai animé l'événement. Le Dr Raman Joshi, le Dr John Wade et le Comité de l'éducation de la SRC ont également apporté leur contribution aux questions.

Cette année, notre présidente était la capitaine gagnante de l'Est de l'année dernière, la D^{re} Valérie Leclair, qui a essayé de prédire le résultat à l'avance en se basant sur les signes astrologiques et les animaux totems des capitaines d'équipe. L'équipe de l'Est était dirigée par le Dr Hugues Allard-Chamard, un rhumatologue pour adultes de l'Université de Sherbrooke. La D^{re} Lily Lim, rhumatologue pédiatrique de l'Université du Manitoba, était capitaine de l'équipe de l'Ouest. Pour la première fois cette année, les capitaines ont eu le droit de rejeter les réponses de leur équipe, mais personne n'a osé prendre ce risque!

Mark Atkinson a refait nos diapositives avec une nouvelle interface, mettant en vedette l'indicatif musical de *Jeopardy!* et des effets sonores pour les bonnes et les mauvaises réponses, ainsi qu'une fonction de minuterie. L'application PollEverywhere et le réseau WiFi ont fonctionné à merveille, assurant ainsi le bon déroulement de l'événement. La D^{re} Jane Purvis a également apporté son aide, en prenant des photos et en assurant un suivi des questions posées.

Cette année, les catégories *Pediatric Rheumatology*, *RA/PMR/CBD*, *Old Drugs New Tricks*, *Mainly OA*, *Sight Diagnosis* et *Potpourri*. Les lettres CBD auraient pu désigner le cannabidiol, mais elles faisaient en fait référence à la compétence par conception (*Competence by Design*), le nouveau système du Collège royal pour l'évaluation des stagiaires. J'ai d'abord pensé que la catégorie *Pediatric Rheumatology* favoriserait l'équipe de la D^{re} Lim, mais j'ai appris qu'en fait, la plupart des questions portaient sur la médecine materno-fœtale, à la grande déception des rhumatologues pédiatriques présents dans l'assistance.

Parmi les questions qui ont laissé les deux équipes perplexes, mentionnons les suivantes :

Combien de nouveaux globules rouges la moelle osseuse d'un adulte en bonne santé produit-elle par minute? Réponse : 100 millions

Deux questions sur le diagnostic visuel : l'une sur la rupture de la coiffe des rotateurs avec ecchymoses massives, l'autre sur l'hyperpigmentation de la voûte palatine causée par les antipaludéens.

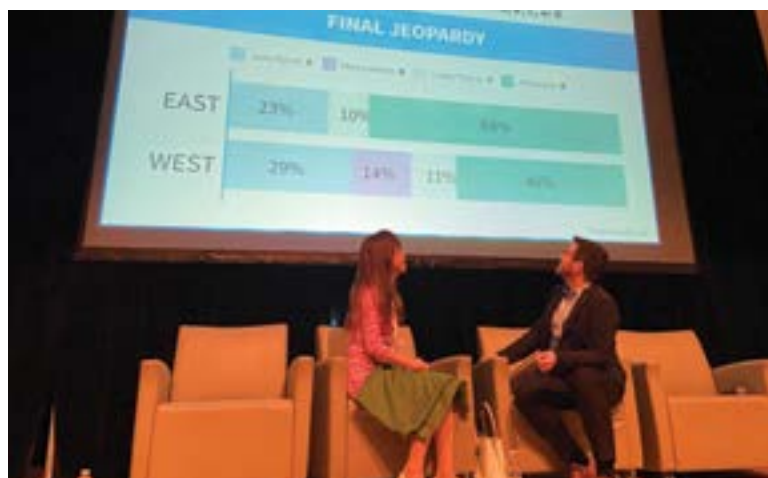
Quel médicament s'est avéré efficace pour traiter la douleur associée à la fibromyalgie dans le cadre d'une étude pilote récente? Réponse : la metformine.

Une récente étude de cohorte prospective menée au R.-U. a montré que l'utilisation de la glucosamine réduisait le risque de quelle maladie? Réponse : les maladies cardiovasculaires.

Selon une étude suédoise, après 17 ans de suivi, quels résultats ont obtenu les patients présentant un bloc cardiaque congénital dû à des anticorps anti-Ro/SSA par rapport aux témoins correspondants?



Le Dr Philip Baer, hôte de *RheumJeopardy!* 2020, photographié avec la D^{re} Lily Lim (capitaine de l'équipe de l'Ouest), le Dr Hugues Allard-Chamard (capitaine de l'équipe de l'Est) et la D^{re} Valérie Leclair (présidente de l'événement de cette année).



Les capitaines de l'équipe, la D^{re} Lily Lim et le Dr Hugues Allard-Chamard, prennent connaissance des résultats obtenus lors du segment *Final Jeopardy*.

Réponse : augmentation de la cardiomyopathie/ICC et augmentation des accidents vasculaires cérébraux.

Les équipes ont lutté au coude à coude tout au long du jeu. À la fin de la première partie du jeu *Jeopardy!* classique, l'équipe de l'Est menait par 200 points, soit 8 200 contre 8 000. Les deux équipes ont tout risqué sur une dernière question, dont le sujet était, une fois de plus, les rhumatologues canadiens célèbres. Des œuvres d'art créées par un ancien président de l'ORA ont été exposées et les équipes ont fait leur choix entre les D^{rs} Jane Purvis, Carter Thorne, Henry Averbs et Art Karasik. La bonne réponse était le Dr Art Karasik (*Instagram@karart2016*), qui a été choisi par les deux équipes, peut-être en raison de son prénom. La marque finale a été de 16 400 pour l'équipe de l'Est et de 16 000 pour l'équipe de l'Ouest.

À la fin, il n'y avait que des places debout au fond de l'amphithéâtre. Ayant reçu des évaluations favorables, le jeu *RheumJeopardy!* pourrait revenir à Québec pour le 75^e anniversaire de l'ASA de l'ARC, en 2021. Merci à tous ceux qui ont participé.

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

Prix du rhumatologue émérite de la SCR : D^r Jamie Henderson

Pourquoi êtes-vous devenu rhumatologue? Quels sont les facteurs ou quelles sont les personnes qui vous ont inspiré à entreprendre cette carrière?

Ma décision de suivre une formation en rhumatologie est née d'une discussion avec un résident en orthopédie qui avait repris sa formation après de deux ans de pratique générale. Il m'a alors confié que ses consultations les plus utiles (pour lui-même et ses patients) étaient celles auprès de rhumatologues. Je voulais que les gens disent cela de mes consultations!

Le D^r Jack Woodbury m'a appris le langage de la rhumatologie et le D^r Howard Stein m'a montré comment fonctionner en tant que rhumatologue.

Vous avez occupé divers postes de direction au sein de la SCR, notamment en tant que président, et maintenant en tant que président du conseil d'administration du *Journal of Rheumatology*.

Vous avez également participé à l'organisation de réunions conjointes entre la SCR et le Collège mexicain de rhumatologie. Pourquoi ce type d'engagement est-il si important pour vous?

J'avais le sentiment d'avoir une contribution à apporter à la SCR, mais je n'avais aucune idée de ce que cela pouvait être. Mon implication s'est approfondie, et lorsque je me suis joint au conseil d'administration, j'ai beaucoup aimé les interactions avec le groupe. J'ai assumé le rôle de trésorier et cela a ouvert la porte à un engagement de six ans au sein du comité exécutif. L'engagement en temps était considérable, mais j'ai apprécié chaque minute consacrée à ce rôle.

Comment votre travail a-t-il aidé à façonner le domaine de la rhumatologie ici et ailleurs?

L'un des legs durables a été l'Initiative canadienne pour des résultats en soins rhumatologiques (ICORA). J'y ai participé dès le premier jour avec Paul Haraoui et Alf Cividino. Nous avons pu transférer l'ICORA d'Abbott à la SCR et l'initiative s'est avérée être un bon tremplin pour que les membres puissent se familiariser avec les propositions de recherche et la réalisation de travaux de recherche. Je suis encore fier que de nombreuses collaborations établies entre les Mexique et le Canada soient encore actives aujourd'hui.

Quel est le défi organisationnel et professionnel le plus important auquel vous avez été confronté et comment êtes-vous parvenu à le surmonter?

Le plus grand projet a été, sans aucun doute, la réunion conjointe entre le Canada et le Mexique. Heureusement, je pouvais comp-



ter sur Michel Zummer dans l'équipe, et il avait de nombreux contacts ainsi qu'une expertise à partager (en plus d'être assez à l'aise en espagnol). Il a fallu deux années complètes pour régler les détails et, finalement, tenir la réunion.

Quels changements majeurs dans le paysage de la rhumatologie avez-vous observés au cours de votre carrière?

Ce qui m'a le plus impressionné, c'est l'évolution des options de traitement pour les patients atteints d'arthrite inflammatoire. Lorsque j'ai commencé à exercer, les injections d'or, la D-pénicillamine et l'hydroxychloroquine formaient la pierre angulaire des traitements médicaux. L'introduction du méthotrexate nous a apporté une arme plus efficace, sans toutefois nous permettre de stopper les

dégâts. Puis, les agents biologiques ont révolutionné l'issue des traitements. Mon besoin en lits d'hôpital a disparu, les résultats chez les patients se sont améliorés de manière significative et les options de traitement ont continué à évoluer. Malheureusement, le coût de ces nouveaux traitements amène aujourd'hui les gouvernements et les compagnies d'assurance à regarder par-dessus notre épaule et à remettre en question nos décisions. J'ai constaté que la quantité de paperasse à soumettre pour justifier les décisions est devenue exorbitante.

Selon vous, quels seront les défis que les rhumatologues canadiens devront affronter dans l'avenir et qu'est-ce que la SCR et eux peuvent faire pour les surmonter?

Je crains que la prise de décision finale sur les médicaments ne soit usurpée par les compagnies d'assurance et les gouvernements. Les économies de coûts semblent prendre le pas sur les résultats plus favorables. Notre succès dans la modification des résultats à long terme chez les patients atteints de polyarthrite rhumatoïde (PR) pourrait être compromis par la prise de décisions économiques à court terme. De nombreux décideurs politiques ne se souviennent peut-être pas de la dévastation qui était couramment observée dans le passé. Malheureusement, la SCR et les rhumatologues peuvent sembler servir leurs propres intérêts lorsqu'ils s'insurgent contre l'ingérence dans la prise de décision. Je pense que la bonne façon de procéder pourrait être que les groupes de patients prennent position et exigent moins d'ingérence extérieure dans les décisions relatives aux médicaments.

Quels conseils donneriez-vous aux nouveaux rhumatologues et à ceux qui aspirent à exercer cette spécialité?

Je leur suggérerais, lorsqu'ils commenceront à exercer, d'envisager de réserver chaque semaine une plage horaire de trois heures à



Le D^r Henderson reçoit son prix des mains de Vandana Ahluwalia, présidente de la SCR, et du D^r Raheem Kherani.

ne pas combler avant la veille. Cela leur permettrait d'être réactifs lorsque de nouvelles consultations urgentes sont nécessaires. J'ai constaté que les médecins de famille sont toujours soulagés lorsque les patients qui les préoccupent sérieusement peuvent être évalués rapidement. Cela permet d'établir une réputation de ressource « incontournable » lorsque le temps presse.

Pourquoi avez-vous décidé de prendre votre retraite au moment où vous l'avez fait? Qu'aimez-vous le plus de la retraite?

J'étais épuisé après 35 ans passés sur la ligne de front. J'ai exercé ma profession à une époque où les rhumatologues étaient peu nombreux au Nouveau-Brunswick et où la pression pour voir les patients a été incessante pendant de nombreuses années. La retraite m'a permis de prendre le contrôle de mon temps et de faire des activités qui me procurent du plaisir (activités avec mes petits-enfants, pêche, jardinage, golf et exercice physique, entre autres).

Qu'aimez-vous le plus du fait de vivre dans les Maritimes?

Les Maritimes sont un endroit merveilleux pour vivre. Nous sommes près de l'Île-du-Prince-Édouard et de la Nouvelle-Écosse, et les beaux endroits à visiter ne manquent pas. Le coût du logement est tout à fait raisonnable et posséder sa propre maison est un projet facilement réalisable. Mon chalet est à 15 minutes de chez moi! L'heure de pointe à Fredericton dure 15 minutes. Les activités pour les enfants étaient sans limite et de nombreuses activités extrascolaires étaient accessibles à proximité. La qualité de vie est spectaculaire et les gens sont accueillants et amicaux.

Quel livre emporteriez-vous sur une île déserte?

Je suis actuellement en train de lire *Crime et châtiment*. Un livre ne suffirait pas. J'ai généralement quatre ou cinq livres téléchargés sur mon iPad à partir de notre bibliothèque locale.

Vous avez prouvé qu'un rhumatologue d'un petit centre peut très bien réussir à devenir un chef de file de la rhumatologie à l'échelle nationale. Le fait d'être basé à Fredericton vous a-t-il aidé ou nui dans votre carrière et votre parcours de leadership? Et de quelle manière?

La taille de la communauté a été un plus pour moi. Lorsque je suis arrivé à Fredericton, il y avait un autre rhumatologue dans la province. J'ai dû m'engager dans la défense des intérêts dès le début de ma carrière. Je suis devenu à l'aise de rencontrer des sous-ministres afin d'obtenir des lits protégés, l'approbation de produits biologiques, etc. Je me suis également impliqué auprès de la Société de l'arthrite en tant que conférencier régulier et j'ai finalement été président de la section provinciale. Je vois maintenant que le fait d'avoir pu m'exprimer au début de ma carrière m'a donné le niveau de confort nécessaire pour participer à des discussions à l'échelle nationale et apporter une expérience locale qui a trouvé un écho chez les autres.

Vous étiez le chef médical de la Fredericton Clinic. Quelles leçons tirées de ce travail pourriez-vous appliquer à votre rôle auprès de la SCR? Quelles différences avez-vous relevées entre la direction de la SCR et celle de votre clinique?

Je dirigeais le secteur commercial d'une clinique privée qui comptait 90 médecins. Cela m'a aidé à communiquer de manière claire et transparente. Les médecins sont très impliqués lorsque leurs propres finances sont en jeu. La conduite de réunions est devenue une forme d'art où des points de vue multiples (parfois contradictoires) sont exprimés. Il est essentiel de s'assurer que tous les points de vue sont écoutés dans un climat d'acceptation. J'ai constaté que ces compétences m'ont bien servi lorsque j'ai commencé à travailler pour la SCR. Mon premier rôle important a été celui de trésorier et le fait de comprendre l'aperçu des états financiers et d'être en mesure de le communiquer aux membres a été un plus.

Jamie Henderson, M.D., FRCPC

Rhumatologue (à la retraite)

Président, *The Journal of Rheumatology* – Conseil d'administration
Fredericton (Nouveau-Brunswick)

Prix du chercheur émérite de la SCR : D^r Paul Fortin

Quelle a été votre première pensée lorsque vous avez appris que vous remportiez ce prix?

Ma première pensée a été : « Suis-je déjà si vieux? ». Il me semblait impossible que j'aie accompli suffisamment dans ma carrière pour mériter cet honneur. Puis, après avoir retrouvé mon calme et réalisé que les années avaient effectivement passé, je me suis senti privilégié de recevoir une si grande reconnaissance de mes pairs.

L'importance de sentir que votre travail a été et reste valide (pour utiliser un terme qu'affectionnent les cliniciens-chercheurs) et qu'il est valorisé en dehors de votre entourage immédiat procure un grand réconfort. Voici ce que je pense du *Prix du chercheur émérite* de la SCR : il s'agit d'une reconnaissance du fait que, jusqu'à présent, mon travail a suffisamment de sens pour être reconnu par mes proches et les personnes les plus susceptibles d'apprécier la valeur de ce que je fais, mes collègues rhumatologues.

On sous-estime trop souvent l'insécurité et l'incertitude qui caractérisent la carrière d'un clinicien-chercheur. La plupart du temps, nous devons apprendre à vivre avec le rejet de nos demandes de subventions et de publication d'articles, la critique devant des idées ou des propositions non conventionnelles qui peuvent considérées comme hors norme, les défis à relever pour convaincre les autres de la valeur d'une hypothèse de recherche, d'une méthodologie ou d'un plan d'étude, ou pire encore, l'indifférence des organismes de financement, des instituts de recherche ou du public. J'ai passé d'innombrables heures – souvent au détriment du temps que j'aurais dû consacrer à des activités personnelles et familiales – à établir un programme de recherche qui reflète mes valeurs personnelles, mais surtout, ma conviction profonde que mes recherches pourraient un jour aider un patient atteint d'arthrite à vivre mieux. Cette conviction que ce que je fais pourrait un jour changer la vie, ne serait-ce que d'une seule personne, est demeurée ma motivation la plus puissante pour persévérer quand mes chances d'une carrière en recherche m'apparaissaient faibles.



Étonnamment, d'autres ont partagé ma conviction et j'ai bénéficié du soutien de ma famille, de mes patients, de mes collègues et de la communauté des chercheurs en général. Je n'aurais jamais pu recevoir le *Prix du chercheur émérite* de la SCR sans ces personnes qui m'ont soutenu et accompagné dans une entreprise aussi hasardeuse! Je leur suis très reconnaissant, car ce prix reconnaît indirectement leur soutien.

Pourquoi êtes-vous devenu rhumatologue? Quels sont les facteurs ou quelles sont les personnes qui vous ont inspiré à entreprendre cette carrière?

Il a fallu du temps à l'étudiant en médecine et au résident que j'étais pour qu'il soit d'abord intrigué, puis intéressé, et enfin passionné par la rhumatologie. J'ai commencé à être intrigué lors d'une rotation dans un service de médecine interne, alors que j'étais étudiant en médecine à Québec. Jusqu'alors, je n'avais pas été exposé à des patients atteints de maladies rhumatismales auto-immunes systémiques. Pendant ma rotation de quatre semaines, j'ai recueilli les antécédents et effectué des examens physiques de quatre personnes prodigieusement merveilleuses qui vivaient avec la polyarthrite rhumatoïde (PR), le lupus et la sclérodémie généralisée. Elles étaient toutes des femmes jeunes ou d'âge moyen qui ne laissaient pas leur maladie prendre le contrôle de leur vie et témoignaient de la force et de la beauté de l'âme. Les rôles se sont inversés pendant leur séjour à l'hôpital, car ces femmes sont devenues mes professeurs. L'une d'entre elles m'a montré comment elle s'était adaptée pour boutonner sa blouse elle-même malgré ses pouces et ses mains déformés par la PR. Une autre plaisantait sur son apparence plus jeune en raison de sa sclérodémie et m'a fait part de son intention de retourner au travail après sa sortie de l'hôpital. La plus jeune des quatre venait de recevoir un diagnostic de lupus et était, à juste titre, désespérée et effrayée. Elle croyait néanmoins de tout cœur que son état pouvait s'améliorer et avait l'intention d'y parvenir. Le courage et la



Le Dr Fortin reçoit son prix des mains de la présidente de la SCR, la Dr^e Vandana Ahluwalia, et du Dr Raheem Kherani.

résilience de ces femmes m'ont profondément impressionné, et je me suis vu accompagner de telles personnes tout au long de leur vie avec l'arthrite.

L'intérêt s'est ensuite manifesté en en apprenant davantage sur le système immunitaire et sur le phénomène fascinant de l'auto-immunité. La résidente en chef durant ce même stage de médecine interne est aujourd'hui une collègue, la Dr^e Charlotte Grondin. Elle était une excellente professeure et ne comptait pas les heures passées à transmettre ses connaissances à ses étudiants en médecine. Elle a patiemment disséqué le système immunitaire pour nous et expliqué les différentes manifestations cliniques des maladies rhumatismales auto-immunes systémiques. À la fin de cette rotation, je voulais devenir... immunologiste clinique.

Cet intérêt pour l'immunologie et l'immunité m'a conduit à l'Université McGill où j'ai suivi une formation en médecine interne. McGill offrait l'un des rares programmes cliniques en immunologie, domaine dans lequel je voulais acquérir une sous-spécialité. J'ai toutefois réexaminé mon choix après un stage facultatif en rhumatologie sous la direction du Dr John Esdaile. Ce dernier revenait tout juste de Yale, où il avait suivi une formation en épidémiologie avec le Dr Alvin Feinstein. Pendant ce stage, j'ai réalisé que la rhumatologie m'offrait tout ce que je désirais réellement : l'étude du système immunitaire et de l'auto-immunité, une pratique impliquant des soins de longue durée dispensés à des patients incroyablement courageux qui méritent nos soins, et la possibilité de faire des travaux de recherche susceptibles un jour de changer la vie d'un patient.

Selon vous, quelles sont les qualités d'un rhumatologue émérite?

Émérite ou non, la qualité la plus importante d'un rhumatologue est son humanité. Dans cette discipline, nous

sommes amenés à traiter des souffrances quotidiennes qui minent le corps et l'âme. L'excellence scientifique, l'expérience clinique et un jugement sûr sont naturellement des qualités essentielles que partagent tous les professionnels de la santé. Cependant, je suis convaincu que la qualité qui servira le plus au rhumatologue sera l'humanité. Sinon, comment pouvez-vous accompagner les patients qui vivent avec une maladie débilante qui menace non seulement leur fonction physique, mais aussi leur vie émotionnelle et sociale? Il n'est pas facile de lâcher prise, jusqu'à récemment, l'arthrite poussait les patients à renoncer à une capacité fonctionnelle au-delà de l'attrition qui accompagne le vieillissement naturel. Dans ma pratique, l'écoute empathique, les silences prolongés et la reconnaissance du fait que cette maladie est « moche » m'ont autant servi que les nouveaux médicaments épatants que je prescris. Bien que cela soit parfois difficile, je me présente comme un conseiller et un guide dans les décisions que mes patients doivent prendre. Parfois, il m'est arrivé de jouer également le rôle de thérapeute. Je m'efforce de faire en sorte que mes patients soient d'accord avec leurs traitements et les adoptent avec la conviction que c'est la bonne chose à faire pour eux.

Dans mon esprit, l'humanité est la qualité qui me permet d'entrer en contact avec mes patients et de renforcer le lien privilégié de la relation rhumatologue-patient.

Vous travaillez à mieux comprendre les répercussions biopsychosociales des maladies rhumatismales chroniques telles que le LED, la PR et d'autres maladies rhumatismales auto-immunes systémiques. Quelle est l'incidence de votre recherche sur les soins cliniques aux patients? Quel a été l'aspect le plus gratifiant de cette transmission de savoir?

Fait intéressant, l'une des expériences les plus gratifiantes de ma carrière de chercheur a été ce qu'une patiente nous a rapporté après un épisode très difficile de sa vie. Cette personne est atteinte de lupus et participe au programme HIPP (*Health Improvement and Prevention Program*). L'essai HIPP portait sur une intervention axée sur le patient et gérée par une infirmière praticienne formée qui combinait des cours éducatifs, des modifications des habitudes de santé, y compris un programme d'exercices supervisés, et un programme facultatif de réduction du stress par la méditation. Après son expérience avec le HIPP, la personne qui nous a écrit avait continué à pratiquer le yoga et la réduction du stress par la méditation et à poursuivre un programme d'exercices. L'année suivante, elle a malheureusement été victime d'une pneumonie et d'une insuffisance respiratoire qui ont nécessité une intubation et une ventilation mécanique. Elle nous a ensuite écrit que tout au long de cette terrible expérience en soins intensifs, elle avait mis

à profit les outils acquis dans le cadre de l'étude HIPP. La méditation l'a aidée à traverser le pire de cette expérience et elle est convaincue que c'est sa bonne forme physique, notamment sa musculature respiratoire, qui lui a permis de s'en sortir et de se rétablir complètement. Cet exemple ne sera pas publié dans une revue évaluée par des pairs, mais il me motive à poursuivre mon travail, car il confirme ce que j'ai accompli en recherche.

Quelle est la réalisation dont vous êtes le plus fier?

Mes collaborations sont les réalisations dont je suis le plus fier, et j'ai un parti pris pour le Réseau canadien pour l'amélioration du pronostic du lupus érythémateux disséminé, ou RCAPLE. Je suis revenu de ma formation en épidémiologie clinique et de ma fréquentation du Robert B. Brigham Multipurpose Arthritis Center à Boston avec la conviction que les chiffres sont la clé pour obtenir des réponses à nos questions. Au fil des ans, j'ai eu le privilège de recevoir des fonds de la Société de l'arthrite, des Instituts de recherche en santé du Canada (IRSC) et de l'ICORA pour répondre à certaines de ces questions. Dans une de mes premières études (un essai contrôlé à répartition aléatoire sur l'efficacité et l'innocuité du méthotrexate dans le traitement du lupus), nous avons dû recruter des patients dans plusieurs centres au Canada. John Esdaile m'a guidé dans le labyrinthe politique qui a permis la création du RCAPLE. Son but était de réaliser une étude, mais il est rapidement devenu évident que cette collaboration débouchait sur des possibilités de recherche plus intéressantes. Plusieurs autres projets de recherche de collègues comme Ann Clarke, Patricia Dobkin, Debbie DaCosta, Christine Peschken, Joan Wither et d'autres ont suivi. Le RCAPLE reste actif aujourd'hui, 25 ans après sa création, en 1995, et continue d'offrir une plateforme unique pour la recherche sur le lupus.

Y a-t-il d'autres domaines d'intérêt que vous voudriez approfondir un jour? Quels projets entreprendrez-vous dans un avenir proche?

Il y en a tellement! En fait, mon épouse craint que je ne lasse jamais de poser des hypothèses de recherche et de lancer de nouveaux projets. Blague à part, un projet intéressant que je ne réaliserai probablement jamais est ce qui m'a ramené dans ma ville natale de Québec. Il s'agit d'une étude des interactions génétique-environnement qui pourraient être associées aux maladies rhumatismales auto-immunes systémiques chez les Canadiens français. L'idée serait de mettre en commun leurs données génétiques et familiales bien documentées et disponibles pour la recherche (l'effet fondateur ici est unique, des millions de Canadiens français se partageant quelques milliers d'ancêtres communs)

avec des expositions environnementales. Ces expositions environnementales seraient déterminées à partir d'analyses géospatiales. Nous pourrions alors proposer des facteurs de risque génétiques et environnementaux et des interactions entre les gènes et l'environnement associés à l'arthrite. Cela nécessiterait une étude basée sur la population, en étroite collaboration avec des scientifiques spécialisés en géographie et en populations, et des anthropologues. N'est-ce pas un projet emballant? Il faudrait aussi beaucoup d'argent, et un investigateur assez convaincant pour obtenir un tel financement!

Quelle est la réalisation dont vous êtes le plus fier?

Mes collaborations sont les réalisations dont je suis le plus fier, et j'ai un parti pris pour le Réseau canadien pour l'amélioration du pronostic du lupus érythémateux disséminé, ou RCAPLE. Je suis revenu de ma formation en épidémiologie clinique et de ma fréquentation du Robert B. Brigham Multipurpose Arthritis Center à Boston avec la conviction que les chiffres sont la clé pour obtenir des réponses à nos questions. Au fil des ans, j'ai eu le privilège de recevoir des fonds de la Société d'arthrite, des Instituts de recherche en santé du Canada (IRSC) et de l'ICORA pour répondre à certaines de ces questions. Dans une de mes premières études (un essai contrôlé à répartition aléatoire sur l'efficacité et l'innocuité du méthotrexate dans le traitement du lupus), nous avons dû recruter des patients dans plusieurs centres au Canada. John Esdaile m'a guidé dans le labyrinthe politique qui a permis la création du RCAPLE. Son but était de réaliser une étude, mais il est rapidement devenu évident que cette collaboration débouchait sur des possibilités de recherche plus intéressantes. Plusieurs autres projets de recherche de collègues comme Ann Clarke, Patricia Dobkin, Debbie DaCosta, Christine Peschken, Joan Wither et d'autres ont suivi. Le RCAPLE reste actif aujourd'hui, 25 ans après sa création, en 1995, et continue d'offrir une plateforme unique pour la recherche sur le lupus.

Quel conseil donneriez-vous à une personne qui souhaite mener une carrière de rhumatologue universitaire?

Suivez votre instinct et votre passion, mais surtout, assurez-vous de choisir ce qui vous plaît vraiment. Ce qui vous fera vous lever tôt le matin et vous donnera envie d'être déjà au travail! Pas de planification avancée ni de stratégies approfondies ici, seulement la décision de se donner complètement à ce que l'on aime! Je n'aurais jamais rêvé devenir un chercheur universitaire en rhumatologie (encore moins lauréat du *Prix du chercheur émérite* de la SCR). Il n'y a aucune garantie que vous réussirez, mais si votre instinct vous dicte qu'une carrière univer-

sitaire est le bon choix pour vous, mon deuxième conseil, et peut-être le plus important, est de demander conseil. Idéalement, trouvez un mentor dans votre milieu ou lors des réunions de la SCR. Personnellement, j'ai eu le privilège d'avoir deux mentors au cours de ma carrière. Tous deux ont été très généreux de leur temps, de leur soutien et de leurs conseils. Au début, John Esdaile m'a guidé dans la décision de suivre une formation complémentaire en recherche clinique à Boston, où j'ai rencontré mon deuxième mentor, Matthew Liang. Ils sont tous deux restés de proches conseillers.

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

J'aimerais améliorer mes compétences en photographie, surtout en photographie de la nature, avec un intérêt particulier pour les oiseaux! J'observe les oiseaux depuis mon adolescence et il n'y a rien de plus thérapeutique

et de plus satisfaisant pour moi que de marcher sur les sentiers dans la nature. J'ai l'intention de me procurer le bon équipement et de commencer à travailler sur ces compétences dans les prochains mois afin de préparer ma retraite. Après tout, comme je l'ai dit au début, recevoir le *Prix du chercheur émérite* est un grand honneur... mais aussi un signe que le temps passe!

*Paul R. Fortin, M.D., MPH, FRCPC
Chaire de recherche du Canada sur les maladies
rhumatismales auto-immunes systémiques
Rhumatologue, Division de rhumatologie
Chercheur, axe maladies infectieuses et immunitaires
CHU de Québec-Université Laval
Professeur, Département de médecine
Faculté de médecine, Université Laval
Québec (Québec)*

Prix du formateur d'enseignants émergent de la SCR : D^{re} Dharini Mahendira

Vous avez été reconnue et récompensée pour votre enseignement et avez inspiré de nombreux résidents à devenir rhumatologues. Quelle a été votre première pensée lorsque vous avez appris que vous remportiez ce prix?

J'ai été grandement touchée de recevoir cette reconnaissance au côté de nombreux excellents éducateurs au sein de notre communauté de rhumatologues. C'est merveilleux de recevoir un prix pour l'enseignement, une activité qui me passionne. Je suis très fière de voir mes élèves réussir. L'enseignement est un travail d'équipe et j'ai la chance de travailler avec des collègues talentueux et enthousiastes. À l'échelle locale, mes collègues de l'Hôpital St. Michael's et de l'Université de Toronto ont soutenu mes efforts et encouragé l'apprentissage multidisciplinaire collaboratif. De plus, j'ai eu le privilège de travailler avec de merveilleux éducateurs de partout au pays.

Je tiens à remercier la SCR d'avoir créé le *Prix du formateur d'enseignants émergent* et d'honorer les éducateurs qui sont en début de carrière. Il est parfois difficile de mesurer l'impact de l'enseignement médical. La reconnaissance apporte des commentaires positifs et des encouragements!

Qu'est-ce qui vous a poussée ou inspirée à vous engager dans l'enseignement médical?

J'ai eu la chance d'avoir de nombreux professeurs remarquables tout au long de ma formation. Plus particulièrement, la D^{re} Heather McDonald-Blumer et la D^{re} Louise Perlin ont joué un rôle important dans mon développement en tant qu'enseignante en médecine. Je me souviens avoir travaillé avec Heather et avoir été profondément inspirée par son approche perspicace, compétente et collaborative de l'enseignement médical, ainsi que par son leadership. Louise Perlin m'a impressionnée par son grand souci du détail et par l'importance qu'elle accorde à l'enseignement médical. Je leur suis vraiment reconnaissante pour leur soutien et leurs conseils inestimables.

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

La qualité la plus importante d'un bon éducateur est l'enthousiasme pour l'apprentissage. À mon avis, cette passion se



communique à l'apprenant et stimule l'intérêt et la discussion. Parmi les autres qualités, citons le fait d'être un communicateur efficace ainsi que la capacité de reconnaître et de prendre en compte les besoins des apprenants.

Vous travaillez sur un certain nombre de projets éducatifs passionnants, notamment des vidéos sur l'immunologie dans le cadre d'un programme national axé sur cette discipline. Vous avez également été coprésidente de la Fin de semaine nationale des résidents en rhumatologie et du cours préalable pour les résidents de la SCR. Pouvez-vous nous en dire plus sur ces projets?

Je suis très heureuse de participer à ces projets. Je travaille avec une équipe talentueuse de l'Université de Toronto pour élaborer une série de vidéos graphiques

illustrant les concepts de base de l'immunologie. L'objectif est de consolider les principes de base de la physiopathologie et du traitement des maladies en rhumatologie. La série de vidéos aborde des sujets tels que l'immunité innée et adaptative, les anti-rhumatismaux modificateurs de la maladie (ARMM), les produits biologiques et la grossesse. Notre équipe espère partager sous peu cette vidéothèque avec nos stagiaires et éducateurs en rhumatologie dans tout le pays.

Ce fut un privilège de coprésider la Fin de semaine nationale des résidents en rhumatologie et le cours préalable pour les résidents, deux initiatives éducatives précieuses soutenues par la SCR. Nos comités organisateurs se sont efforcés d'intégrer des sujets intéressants et de présenter des conférenciers talentueux. Ces deux événements, tenus en début d'année, ont connu un franc succès et continuent d'être une excellente occasion de réseautage pour nos stagiaires en rhumatologie.

Comment voyez-vous l'avenir de l'enseignement médical?

S'adapter aux défis de la prestation d'un enseignement médical de qualité à l'époque de la COVID-19 a certainement été une expérience révélatrice, car elle a mis en évidence le rôle des plateformes numériques et la meilleure façon d'optimiser leur utilisation pour l'enseignement. Toutefois, à mon avis, rien ne peut remplacer l'enseignement en personne, en particulier pour l'examen physique!



La D^{re} Mahendira reçoit son prix des mains de la présidente de la SCR, la D^{re} Vandana Ahluwalia, et du D^r Raheem Kherani.

En tant qu'enseignante et formatrice respectée, que conseillez-vous aux futurs rhumatologues?

Je recommande de tout cœur aux étudiants de cumuler autant d'apprentissages pratiques que possible auprès de leurs superviseurs. L'art et les nuances de la rhumatologie s'apprennent mieux en personne. En outre, j'encourage les rhumatologues potentiels à s'intéresser à l'enseignement médical en participant aux comités d'enseignement et de formation, tant à l'échelle locale que nationale. En acceptant des occasions qui étaient en dehors de ma zone de confort, j'ai pu évoluer et ainsi être inspirée par des collègues talentueux de partout au pays.

Si vous ne meniez pas une carrière en rhumatologie, que feriez-vous?

En fait, lorsque j'ai commencé mes études en médecine, j'avais décidé de faire carrière en obstétrique, mais je suis tombée amoureuse de la médecine interne et de la rhumatologie. Cependant, diriger la clinique des maladies rhumatismales et de la grossesse à l'Hôpital St. Michael's me permet de combiner ma passion pour la rhumatologie et la médecine materno-fœtale.

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

Elle me permettrait d'arriver à l'heure à mon cours de cardiovélo!

Si vous ne deviez manger qu'un seul aliment jusqu'à la fin de vos jours, lequel serait-ce?

J'hésite entre le chocolat et les biscuits britanniques. D'où la nécessité de faire du cardiovélo!


*Dharini Mahendira, M.D., FRCPC, M. Sc. (santé communautaire)
Division de rhumatologie,
Hôpital St. Michael's
Professeure adjointe,
Université de Toronto
Toronto, Ontario*

Tofacitinib : Le premier inhibiteur des protéines JAK pour la

XELJANZ XR
[citrate de tofacitinib]
libération prolongée • comprimés à 11 mg

FORMULATION PRATIQUE

UNE FOIS PAR JOUR POUR LE TRAITEMENT
DE LA POLYARTHRITE RHUMATOÏDE | 11 mg 1 f.p.j.^{2,3}



XELJANZ XR n'est pas indiqué dans le traitement de l'arthrite psoriasique ou de la colite ulcéreuse.

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. En cas d'intolérance au MTX, 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 antirhumatismaux modificateurs de la maladie (ARMM) biologiques ou des immunosuppresseurs puissants comme l'azathioprine et la cyclosporine.

ARTHRITE PSORIASIQUE

^{Pr}XELJANZ^{MD} (tofacitinib), pris en association avec du méthotrexate (MTX) ou un autre antirhumatisme modificateur de la maladie (ARMM) synthétique classique, est indiqué pour atténuer les signes et les symptômes de l'arthrite psoriasique chez les adultes atteints d'arthrite psoriasique évolutive qui ont eu une réponse insatisfaisante à un traitement antérieur par un ARMM.

Il n'est pas recommandé d'utiliser XELJANZ en association avec des antirhumatismaux modificateurs de la maladie (ARMM) biologiques ou des immunosuppresseurs puissants comme l'azathioprine et la cyclosporine.

COLITE ULCÉREUSE

^{Pr}XELJANZ^{MD} (tofacitinib) est indiqué pour le traitement de la colite ulcéreuse évolutive modérée ou sévère chez les adultes qui ont eu une réponse insatisfaisante, une perte de la réponse ou une intolérance au traitement classique de la colite ulcéreuse ou à un inhibiteur du TNF α .

Il n'est pas recommandé d'utiliser XELJANZ en association avec des traitements biologiques contre la colite ulcéreuse ni avec des immunosuppresseurs puissants, comme l'azathioprine et la cyclosporine.

Veillez consulter la monographie du produit à l'adresse <http://pfizer.ca/pm/fr/XELJANZ.pdf> pour obtenir des renseignements importants sur :

- les contre-indications relatives à la grossesse, à l'allaitement et à l'insuffisance hépatique sévère;
- les mises en garde et précautions les plus importantes concernant le risque d'infections graves, de cancers et de thrombose;
- d'autres mises en garde et précautions pertinentes concernant le risque d'infection et d'immunosuppression lorsque le médicament est administré en concomitance avec des immunosuppresseurs puissants, les femmes en âge de procréer, les réactions d'hypersensibilité, le risque de réactivation virale, l'administration préalable de tous les vaccins recommandés (conformément aux directives d'immunisation en vigueur), le vaccin vivant contre le zona, le risque de cancer, de trouble

polyarthrite rhumatoïde^{1*}

Pr **XELJANZ**^{MD}
[citrate de tofacitinib]
comprimés à 5 mg

VASTE EXPÉRIENCE MONDIALE POUR TOUTES LES INDICATIONS CONFONDUES



- Offert au Canada depuis **plus de 5 ans pour toutes les indications confondues**⁴⁻⁶ :
 - **depuis 2014** pour la polyarthrite rhumatoïde
 - **depuis 2018** pour l'arthrite psoriasique et la colite ulcéreuse
- **Plus de 12 000 Canadiens** se sont inscrits au programme de soutien pour les patients recevant XELJANZ[†].
- XELJANZ a été prescrit à **plus de 208 000 patients** dans plus de 80 pays du monde entier[†].
- **Plus de 500 médecins** canadiens ont prescrit XELJANZ par l'intermédiaire du programme de soutien pour les patients recevant XELJANZ[†], et la majorité d'entre eux (87 %) ont renouvelé l'ordonnance[†].

lymphoprolifératif et de cancers de la peau non mélaniques, le risque de lymphopénie, de neutropénie, d'anémie et d'élévation des taux lipidiques, les patients atteints d'insuffisance hépatique ou rénale, les patients sous hémodialyse, l'élévation des taux d'enzymes hépatiques, les patients présentant une sténose digestive sévère préexistante traités par XELJANZ XR, la prudence chez les patients qui ont des antécédents de pneumopathie interstitielle ou qui y sont plus à risque, les enfants, les personnes âgées, les patients atteints de diabète, les patients ayant des antécédents de maladie pulmonaire chronique, le nombre de lymphocytes, les patients d'origine asiatique, les patients exposés à un risque de perforation du tube digestif, la hausse des taux de créatine kinase, la réduction de la fréquence cardiaque et la prolongation de l'intervalle PR, les patients qui pourraient être exposés à un risque accru de thrombose, les patients ayant des symptômes de thrombose et les considérations posologiques chez les patients atteints de colite ulcéreuse (la dose efficace la plus faible possible de XELJANZ doit être utilisée pendant la durée de traitement la plus courte possible pour obtenir ou maintenir une réponse thérapeutique);

• les conditions d'usage clinique, les effets indésirables, les interactions médicamenteuses et les renseignements posologiques.

Vous pouvez également obtenir la monographie en vous adressant au Service de l'information pharmaceutique au 1-800-463-6001.

JAK = Janus kinase; f.p.j. = fois par jour

* La portée clinique comparative n'a pas été établie.

† Patients inscrits au programme auparavant appelé « programme de soutien eXel^{MC} », exclusif aux patients prenant XELJANZ et non XELJANZ XR. Le programme eXel^{MC} a été remplacé par PfizerFlex.

‡ Les données relatives aux ordonnances et aux médecins ont été obtenues au moyen des formulaires d'inscription au programme de soutien eXel^{MC}, de juin 2014 à novembre 2018.

Références :

1. Données internes de Pfizer Inc., 2019.
2. Pfizer Canada SRI. Monographie de XELJANZ/XELJANZ XR.
3. Renseignements sur l'avis de conformité relatif à XELJANZ XR.
4. Renseignements sur l'avis de conformité relatif à XELJANZ (polyarthrite rhumatoïde).
5. Renseignements sur l'avis de conformité relatif à XELJANZ (arthrite psoriasique).
6. Renseignements sur l'avis de conformité relatif à XELJANZ (colite ulcéreuse).



XELJANZ/XELJANZ XR, M.D. de PF Prism C.V., Pfizer Canada SRI, licencié
EXEL, M.C. de Pfizer Inc., Pfizer Canada SRI, licencié
PFIZERFLEX, M.C. de Pfizer Inc., Pfizer Canada SRI, licencié
© 2020 Pfizer Canada SRI, Kirkland (Québec) H9J 2M5



Pr **XELJANZ**^{MD}
[citrate de tofacitinib]
comprimés à 5 mg

Pr **XELJANZ XR**^{MD}
[citrate de tofacitinib]
libération prolongée • comprimés à 11 mg

Point de mire : Prix pour résumés 2020 de la SCR



Prix Ian Watson du meilleur résumé de recherche sur le LÉD présenté par un stagiaire

Commandité par la Lupus Society of Alberta

Lauréate : Kimberley Yuen, Université Queen's

Titre du résumé : *Using Classification and Regression Tree Analysis to Determine the Validity of the ANAM in the Assessment of Cognitive Impairment in Patients with SLE Compared to the American College of Rheumatology Neuropsychological Battery*

Superviseur : D^r Zahi Touma

Prix Phil Rosen du meilleur résumé de recherche clinique ou épidémiologique présenté par un stagiaire

Commandité par La Société de l'arthrite – Bourse commémorative D^r Phil Rosen

Lauréates : Kristina Roche & Eugene Krustev, Université Memorial de Terre-Neuve et Université de Calgary

Titre du résumé : *Development of an Affordable and Remotely Accessible Tool in Joint Injection and Arthrocentesis*

Superviseurs : D^{rs} Shaina Goudie, Sam Aseer et Proton Rahman

Meilleur résumé présenté par un résident en rhumatologie

Subventionné par la SCR

Lauréate : D^{re} Julie Mongeau, Université Dalhousie

Titre du résumé : *Review of Outpatient Referrals to Rheumatology; Adherence to Choosing Wisely Recommendations Regarding Anti-Nuclear Antibody Testing at the Referral Level*

Superviseuse : D^{re} Trudy Taylor

Meilleur résumé de recherche en sciences fondamentales présenté par un stagiaire

Subventionné par la SCR

Lauréate : Sonya Kim, Université d'Ottawa

Titre du résumé : *Interferon-Induced Cytokines as Surrogate Markers of the Interferon Signature in Asymptomatic and Symptomatic ANA+ Individuals*

Superviseuse : D^{re} Joan Wither

Meilleur résumé par un stagiaire de recherche de niveau maîtrise ou doctorat

Subventionné par la SCR

Lauréate : Carolina Munoz-Grajales, Université de Toronto

Titre du résumé : *Investigating the Differences in ANA Specificities Between Asymptomatic and Symptomatic ANA+ Individuals*

Superviseuse : D^{re} Joan Wither

Meilleur résumé sur les initiatives concernant la qualité des soins rhumatologiques

Subventionné par la SCR

Lauréate : Arielle Mendel, Université de Toronto

Titre du résumé : *An Initiative to Improve Timely Glucocorticoid Tapering in Vasculitis*

Superviseur : D^r Christian Pagnoux

Meilleur résumé présenté par un étudiant de médecine

Subventionné par la SCR

Lauréat : Declan Webber, Université de Toronto

Titre du résumé : *Genetics of Avascular Necrosis in Children and Adults with Systemic Lupus Erythematosus*

Superviseuse : D^{re} Linda Hiraki

Meilleur résumé de recherche présenté par un étudiant de premier cycle

Subventionné par la SCR

Lauréate : Chloe Lee, Université de Calgary

Titre du résumé : *Development and Pilot of Novel Process Using Machine Learning and Crowdsourcing to Conduct a Living Systematic Review of Rheumatoid Arthritis Drug Therapy*

Superviseur : D^r Glen Hazlewood

Meilleur résumé de recherche par un stagiaire en rhumatologie de 2^e ou 3^e cycle

Subventionné par la SCR

Lauréate : D^{re} Nancy Maltez, Université d'Ottawa

Titre du résumé : *Longitudinal Changes in Health-related Quality of Life in Systemic Sclerosis Treated with Autologous Hematopoietic Stem Cell Transplant Compared to Standard of Care*

Superviseuse : D^{re} Marie Hudson

Meilleur résumé de recherche présenté par de jeunes professeurs

Subventionné par la SCR

Lauréate : Lily Lim, Université du Manitoba

Titre du résumé : *Are Patterns of Early Disease Severity Predictive of Grade 12 Academic Achievement in Patients with Childhood-onset Chronic Rheumatic Diseases?*

Superviseur : n.d.

Meilleur résumé de recherche sur la spondylarthrite

Commandité par l'Association canadienne de spondylarthrite.

Lauréate : Anas Samman, Université de Toronto

Titre du résumé : *Differential Expression of Synovial Fluid microRNAs in Psoriatic Arthritis and Osteoarthritis*

Superviseur : D^r Vinod Chandran

Diagnostiquer ou ne pas diagnostiquer : Qu'il soit résolu qu'il vaut mieux sous-diagnostiquer que surdiagnostiquer dans la pratique de la rhumatologie

Par Volodko Bakowsky, M.D., au nom de Corisande Baldwin, M.D., Andrea Knight, M.D., MSCE, Kam Shojanian, M.D., et Amanda Steiman, M.D., M. Sc.

Ceux qui ont assisté à l'assemblée de la SRC de cette année attendaient avec impatience l'issue de l'un des ses événements phares : le Grand débat.

Cette année, un groupe de jeunes et enthousiastes débatteurs s'est joint à l'habile vétéran débatteur Kam Shojanian, qui n'a pas encore dit son dernier mot. L'équipe « Pour » (les D^{rs} Shojanian et Andrea Knight) et l'équipe « Contre » (les D^{rs} Amanda Steiman et Corisande Baldwin) sont entrées en scène, tels deux mastodontes.

Le D^r Shojanian a commencé par une discussion sur le biais cognitif et l'effet Dunning-Kruger. Si vous ne savez pas de quoi il s'agit, c'est que ça s'applique certainement à vous! Nous avons eu droit à quelques illustrations adroites de la position des deux parties du débat dans un graphique opposant la confiance et la sagesse. Il a ensuite présenté les catégories de la grille de diagnostic (vrai positif, vrai négatif, faux positif et faux négatif), incitant l'auditoire à réfléchir profondément aux conséquences d'un mauvais diagnostic. Le D^r Shojanian a terminé en accusant et en condamnant la D^{re} Baldwin, membre de l'équipe adverse, de surdiagnostiquer en laissant entendre qu'elle serait séduisante vêtue d'une combinaison orange.

La D^{re} Baldwin a été la première à se mesurer à l'équipe « Contre ». Elle a utilisé son expérience de stagiaire à l'Université de la Colombie-Britannique (UBC) pour éviscérer adroitement le D^r Shojanian et tenter de détruire sa crédibilité. Dans la première moitié de son argumentation, elle a souligné tous les biais qui peuvent contribuer à un sous-diagnostic et elle a corrigé le mythe selon lequel un surdiagnostic signifie un mauvais diagnostic. Elle a ensuite illustré plusieurs exemples des dommages que peut causer un sous-diagnostic : ischémie des doigts, déformation du nez en selle, arthrite mutilante, pour n'en citer que quelques-uns.

La D^{re} Knight a repris là où sa partenaire s'était arrêtée, en sollicitant l'aide du public pour placer plusieurs cas de lupus dans les catégories de la grille de diagnostic. Sans grande surprise,



Les D^{rs} « combinaison orange » Baldwin et Steiman lèvent les bras en signe de victoire. Les D^{rs} Knight et Shojanian ont chacun reçu une « attestation de participation ».

les vrais positifs et les vrais négatifs n'ont fait l'objet d'aucune controverse. Elle a ensuite illustré certaines des conséquences néfastes du surdiagnostic (faux positifs) : examens et traitements inutiles, effets néfastes sur la santé mentale, étiquetage et retard ou absence de véritable diagnostic. En revanche, le retard dans le diagnostic du lupus est beaucoup moins préjudiciable pour les cas sérologiquement actifs et cliniquement quiescents, lesquels pourraient en définitive être sous-diagnostiqués. Dans l'attente de l'orateur suivant, la D^{re} Knight a relevé plusieurs citations de la D^{re} Steiman, dont « Je ne suis pas sûre d'être qualifiée pour donner des conseils » (aïe!), qui ne manqueraient pas d'anticiper et d'affaiblir tout argument subséquent.

La dernière à s'exprimer a été la D^{re} Amanda Steiman, dont la sortie a été percutante. Elle a frappé le public avec le fait surprenant qu'aux États-Unis, 54 % des poursuites découlent d'un défaut de diagnostiquer et 20 %, d'un retard de diagnostic. Elle a également réfuté une dernière fois la position de la partie adverse, en déclarant qu'un sous-diagnostic était, en fait, un mauvais diagnostic en soi.

Il était temps pour le public de déclarer un gagnant. Sans aucun débat, les applaudissements du public ont clairement déterminé que le camp « Contre » était vainqueur.

À mon avis, cependant, ce sont tous les participants présents qui ont gagné. Nous avons tous eu droit à un événement divertissant et animé. Je tiens à remercier tous ceux qui ont participé. Le débat de cette année sera difficile à égaler.

*Volodko Bakowsky, M.D., FRCPC
Chef de division/chef intérimaire, professeur associé,
Division de rhumatologie, Département de médecine
Université de Dalhousie, Halifax (Nouvelle-Écosse)*



Les débatteurs qui célèbrent leur victoire en se tenant bien involontairement à moins de deux mètres les uns des autres.

Prix Réflexion sur la pratique 2020

Steven Katz, M.D., FRCPC

Suivi des objectifs de triage pour la polyarthrite rhumatoïde

La division de rhumatologie de l'Université de l'Alberta a lancé son service de triage centralisé en 2009 dans le but de fournir un accès rapide aux patients atteints d'arthrite inflammatoire ou de maladie active du tissu conjonctif et un accès égal aux soins pour les patients orientés vers la division pour une affection non inflammatoire. Nous avons déjà publié au sujet du succès de notre initiative fondée sur la méthode de triage « gestalt » – misant sur l'intuition du rhumatologue – sans appliquer aucune exigence autre que la lettre du médecin orienteur¹.

En 2012, notre clinique est passée d'un système médical sur papier à un système médical électronique entièrement intégré issu de l'expertise d'Epic Systems. Avec ce changement, nous avons profité du module de triage d'Epic. Nous avons remplacé notre système de triage papier sur base de données Access par un système intégré au sein de notre dossier médical électronique (DME). Nous risquions toutefois de ne plus être en mesure de faire le suivi de paramètres. En effet, comprendre la capacité d'analyse du système de triage en temps quasi réel était aussi important qu'en comprendre les rouages. Heureusement, nous avons mis au point, avec l'équipe locale d'Epic, des paramètres faciles à récupérer concernant le volume d'orientations, le volume de médecins, la combinaison de maladies des patients et les temps d'attente pour les orientations « rapides » et « habituelles ». Cela nous a permis de constamment suggérer des changements subtils à notre service des admissions afin d'au moins essayer d'optimiser les temps d'attente des patients.

Comme notre système de triage est basé sur un système de gestalt, il était important de trouver un moyen de surveiller « l'intuition des rhumatologues » et de fournir une rétroaction lorsque des erreurs potentielles étaient commises. Plus précisément, nous voulions nous assurer de voir nos patients atteints de polyarthrite rhumatoïde (PR) en temps utile, triés comme étant une urgence « prochaine ». C'est sur cette initiative que repose notre candida-



ture pour le *Prix Réflexion sur la pratique* l'année dernière.

Nous avons pu mettre au point un algorithme permettant de cibler les patients chez qui la PR a été diagnostiquée en clinique, mais qui n'avaient pas reçu le statut d'« urgence prochaine » au triage. Nous pouvons ainsi découvrir quel médecin du triage a commis cette « erreur » et fournir chaque année cette liste de patients à examiner. Chaque rhumatologue peut alors examiner la lettre de du médecin orienteur initiale et la lettre de consultation de la clinique dans le dossier pour déterminer si une erreur a été commise et réfléchir à la nécessité ou non d'envisager des changements dans leurs futures pratiques de triage.

Nous avons pu fournir ces données à nos rhumatologues au cours des dernières années; environ 50 à 75 patients (de 1 à 2 % du nombre total d'orientations) ont été ciblés dans l'ensemble du groupe. À ce jour, les réactions des collègues rhumatologues indiquent que la grande majorité des patients ont été en fait correctement triés, mais qu'il pouvait plutôt s'agir de secondes opinions ou d'orientations incomplètes qui n'évoquaient pas clairement un tableau inflammatoire. Cela rassure notre groupe sur le fait que notre système de triage semble fonctionner comme prévu.

Nous avons récemment mis à niveau notre DME et l'avons intégré à un nouveau système Epic, ce qui signifie que nous avons dû réinventer la roue, pour ainsi dire. Nous travaillons avec l'équipe Epic locale pour rétablir les paramètres et repères utiles afin de pouvoir continuer à garantir le meilleur accès possible aux soins rhumatologiques à Edmonton et dans le nord de l'Alberta.

1. Carpenter T, Katz SJ. Review of a rheumatology triage system: simple, accurate, and effective. *Clin Rheumatol*. Février 2014; 33(2):247-52; doi: 10.1007/s10067-013-2413-1.

Steven Katz, M.D., FRCPC
 Professeur agrégé,
 Département de médecine, Université de l'Alberta
 Edmonton (Alberta)

Prix Réflexion sur la pratique 2020

Bailey Dyck, M.D., Ph. D., FRCPC

Comprendre et améliorer l'éducation des patients sur les maladies cardiovasculaires associées à l'arthrite psoriasique

L'un des défis les plus marquants dont j'ai pris conscience au cours de mon travail en rhumatologie est l'ampleur et la portée des soins que le rhumatologue doit prodiguer à ses patients. La prévention et la prise en charge des maladies cardiovasculaires (MCV) revêtent une importance particulièrement notable. Il est bien établi que la polyarthrite rhumatoïde (PR) est associée à une augmentation des MCV, ce qui a permis de réaliser des progrès dans la recherche et l'amélioration du dépistage et de la gestion des risques de MCV. Tout comme la PR, l'arthrite psoriasique est de plus en plus souvent associée à un fardeau cardiovasculaire comparable, voire égal. Contrairement à ce qu'on observe avec la PR, les rhumatologues ne semblent pas de conversations similaires, si importantes, avec les patients atteints d'arthrite psoriasique.

Mon projet d'autoévaluation a donc pour but d'étudier dans quelle mesure les patients sont bien informés par leur rhumatologue sur le risque cardiovasculaire associé à l'arthrite psoriasique. L'étude comprendra deux volets de collecte de renseignements – un examen des dossiers et une enquête – suivis d'une diffusion des connaissances sous la forme d'un outil de pratique clinique. L'objectif de l'examen rétrospectif des dossiers sera d'évaluer la fréquence et l'étendue des conseils en matière de maladies cardiovasculaires actuellement prodigués aux patients atteints d'arthrite psoriasique. Il s'agira notamment d'examiner la prise en charge et la modification des facteurs de risque, l'instauration de nouveaux traitements ou la modification des traitements existants, l'orientation pour des examens et les tendances en matière de prise de responsabilité entre l'équipe de soins primaires et le rhumatologue. Par la suite, des données prospectives sur les connaissances des patients en matière de MCV associées à l'arthrite psoriasique



seront obtenues au moyen d'enquêtes cliniques.

À terme, les résultats des deux premiers volets de ce projet seront synthétisés pour créer une brochure d'éducation des patients sur les MCV dans l'arthrite psoriasique et pour élaborer un nouvel outil destiné aux rhumatologues pour les aider à examiner et à modifier les MCV chez les patients atteints d'arthrite psoriasique. Cet outil sera mis au point sous la forme d'un questionnaire à remplir par le patient à chaque visite, un peu comme le questionnaire d'évaluation de la santé (HAQ). Idéalement, il sera créé à la fois en format papier et dans une interface en ligne conviviale qui pourra être téléchargée dans un DME. Les patients répondront à des questions sur les facteurs de risque cardiovasculaire

associés, les maladies concomitantes nouvellement diagnostiquées, les changements de médicaments et les examens associés. Les réponses à ces questions pourront être examinées par le rhumatologue, lors du rendez-vous et/ou pendant le temps réservé aux tâches administratives, et des recommandations appropriées pour le suivi avec l'équipe de soins primaires pourront être faites. Grâce au généreux soutien de la bourse *Réflexion sur la pratique* de la Société canadienne de rhumatologie, j'espère que ce projet permettra d'améliorer l'ensemble des soins prodigués aux patients atteints d'arthrite psoriasique.

Bailey Dyck, M.D., Ph. D., FRCPC
Boursière en rhumatologie,
Centre des sciences de la santé de Kingston
Kingston (Ontario)

Réduction progressive de la dose de glucocorticoïdes dans les cas de vascularite

Par Arielle Mendel, M.D., FRCPC, M. Sc., au nom du CanVasc

Le traitement des vascularites systémiques nécessite généralement de fortes doses initiales de glucocorticoïdes (GC), qui doivent être réduites au fil du temps pour éviter la toxicité. Les recommandations suggèrent de réduire la dose à 15 à 20 mg de prednisone par jour dans les 2 à 3 mois suivant le début du traitement de l'artérite à cellules géantes (ACG)^{1,2} et de la vascularite associée aux ANCA (VAA)³. L'essai PEXIVAS publié récemment a démontré que, dans les cas graves de granulomatose avec polyangéite (GPA) et de polyangéite microscopique (PAM), un protocole de réduction progressive plus rapide et à « dose réduite » de GC (cible de 7,5 à 12,5 mg de prednisone par jour après 3 mois) était non inférieur à une réduction progressive « standard » (cible de 15 à 25 mg par jour après 3 mois) sur le plan de la survie globale et rénale, avec un risque moins élevé d'infections graves⁴.

L'objectif de ce sondage *Articulons nos pensées* était de déterminer comment les rhumatologues canadiens réduisent progressivement la concentration de prednisone dans les cas d'ACG et de VAA et combien ont adopté une stratégie de réduction progressive à « dose réduite »⁴ dans les cas de VAA.

En tout, 71 rhumatologues et stagiaires canadiens ont répondu au sondage (taux de réponse de 13 %). La majorité d'entre eux travaillent dans un milieu universitaire (47 %), tandis que 32 % travaillent dans la communauté et 20 % dans ces deux environnements. La plupart (73 %) exercent depuis ≥ 5 ans et la moitié (49 %) voient des patients atteints de vascularite au moins une fois par semaine.

Le sondage a présenté des scénarios cliniques de réduction progressive des GC dans les cas d'ACG et de GPA (voir le panneau de droite). Dans le cas du scénario sur l'ACG, la plupart (76 %) ont diminué la dose de prednisone pour atteindre la dose recommandée de 15 à 20 mg par jour après 3 mois^{1,2}, tandis que les autres ont diminué plus lentement. Dans le scénario sur le GPA, la plupart (85 %) ont diminué la dose de prednisone de manière comparable aux recommandations³ du CanVasc (67 %) ou en suivant un schéma « à dose réduite » (PEXIVAS)⁴ (18 %), tandis que 15 % ont diminué plus lentement.

Le fait que seule une minorité de médecins ait commencé à réduire les GC dans les cas de GPA/MPA selon le schéma PEXIVAS « à dose réduite »⁴ pourrait être dû à la publication récente de l'essai ou à la crainte que les résultats de l'étude ne soient pas généralisables à tous les sous-groupes de patients atteints de VAA grave. En effet, les répondants ont décrit la « gestion du risque de poussée de la maladie » comme l'aspect le plus difficile de la réduction des GC dans les cas de vascularite. La proportion de répondants ayant choisi la « dose réduite » du schéma PEXIVAS par rapport à d'autres schémas thérapeutiques de réduction progressive dans le scénario GPA n'a pas différé de manière significative en fonction du contexte de la pratique (universitaire ou autre), de l'expérience clinique (≥ 5 années ou < 5 années d'exercice) ou de la fréquence de consultation de patients atteints de vascularite (au moins une fois par semaine par rapport à une fréquence moindre).

Le risque de dommages liés aux GC augmente avec la dose cumulée et la durée de la prise de GC^{5,6} et l'application d'un calendrier de réduction des GC est une des stratégies employées pour réduire la toxicité au minimum. Les recommandations du

Sondage Articulons nos pensées :

Scénarios cliniques de réduction progressive de la dose de GC dans les cas de vascularite

Votre patient a commencé à prendre de la prednisone à 60 mg/jour il y a 2 semaines en raison d'une ACG nouvellement diagnostiquée. Maintenant, les symptômes, les signes et les paramètres de laboratoire se sont normalisés. Comment procéderiez-vous pour réduire progressivement la dose de prednisone?

- Continuer à administrer 60 mg de prednisone pendant 2 semaines, puis diminuer la dose de 5 mg toutes les 2 semaines.
- Diminuer la dose de 10 mg toutes les 2 semaines jusqu'à une dose de 20 mg, puis diminuer la dose de 2,5 à 5 mg toutes les 2 semaines.
- Diminuer la dose de 5 mg toutes les 2 semaines.
- Autre _____

Votre patient a commencé à prendre de la prednisone à forte dose et de la cyclophosphamide il y a 1 mois en raison d'une vascularite à ANCA PR3+ accompagnée d'un syndrome pneumo-rénal. Sa dose de prednisone a été réduite à 50 mg/jour il y a 2 semaines. Les symptômes et les signes de vascularite active ont disparu. Son taux de créatinine a atteint un pic de 300 $\mu\text{mol/L}$ et est maintenant de 120 $\mu\text{mol/L}$. Comment procéderiez-vous pour réduire progressivement la dose de prednisone?

- Diminuer la dose de 10 mg toutes les 2 semaines jusqu'à une dose de 20 mg, puis de 5 mg toutes les 2 semaines jusqu'à une dose de 5 mg.
- Réduire la dose à 25 mg pendant 2 semaines, puis diminuer la dose de 2,5 à 5 mg toutes les 2 semaines jusqu'à une dose de 5 mg.
- Diminuer la dose de 5 mg toutes les 2 semaines jusqu'à une dose de 5 mg.
- Autre _____

CanVasc mises à jour pour la prise en charge de la VAA, qui seront bientôt publiées, préconisent une réduction progressive des GC en fonction du protocole, en reconnaissant la nécessité éventuelle de modifications en fonction de l'état clinique des patients.

Les résultats de ce sondage sont rassurants dans la mesure où la plupart des cliniciens réduisent les GC conformément aux recommandations dans les cas de vascularite. CanVasc tient à remercier tous ceux qui ont participé à cette édition du sondage *Articulons nos pensées!*

Arielle Mendel, M.D., FRCPC, M. Sc.
Fellow en rhumatologie,
Hôpital Mount Sinai
Toronto (Ontario)

Mise à jour de la Colombie-Britannique

Par Jacqueline Stewart, B. Sc. (Hons), B. Ed., M.D., FRCPC

Nous sommes au cœur de la pandémie de COVID-19, et je suis ravie de présenter deux de nos nouveaux rhumatologues qui, en plus de leur importante charge de travail en rhumatologie, ont participé à la prise en charge des patients atteints de COVID-19. Voici donc la D^{re} Kun Huang et le D^r Daniel Ennis.

La D^{re} Huang travaille au Surrey Memorial Hospital et dirige une clinique spécialisée dans la myosite, ainsi qu'au Mary Pack Arthritis Centre. Elle consacre 25 % de son temps à la médecine interne générale en milieu hospitalier et participe également à des recherches dans le cadre de l'Étude canadienne sur les myopathies inflammatoires. La D^{re} Huang a tenu à travailler en première ligne dans la lutte contre la COVID et a aidé l'autorité sanitaire à préparer l'intervention d'urgence, en plus de soigner les patients de l'unité de la COVID. La D^{re} Huang revient sur son expérience récente : « Il est devenu facile et routinier de s'habiller, de se déshabiller et de se laver les mains de manière excessive. On s'habitue à respirer avec un masque, à voir au travers de lunettes de protection pleines de buée et à ne pas pouvoir siroter un café en faisant sa tournée. La camaraderie avec les infirmières et les autres professionnels de la santé a rendu mes journées non seulement tolérables, mais aussi agréables. »

Le D^r Ennis travaille au Vancouver General Hospital, au St. Paul's Hospital et à la clinique de vascularite du Mary Pack Arthritis Centre, en plus de participer à des initiatives nationales de recherche par l'intermédiaire des réseaux CanVasc et CanRIO. Il collabore aussi au podcast de la SCR, « Around the Rheum ». Au sujet de son expérience récente, le D^r Ennis déclare : « Pendant la pandémie de coronavirus, j'ai aidé à soigner des patients hospitalisés en raison de la COVID-19. J'ai été touché par les contributions, les sacrifices et la gentillesse de nos collègues dans tout le pays. Ils me rendent fier d'être un rhumatologue canadien à l'ère de la COVID. »



La D^{re} Kun Huang est prête pour son quart de travail au Surrey Memorial Hospital.



Le D^r Daniel Ennis travaille au Vancouver General Hospital et au St. Paul's Hospital. Il est également l'hôte du podcast de la SCR, « Around the Rheum ».

La Société de l'arthrite met l'épaule à la roue pour relever les défis liés à la COVID-19



Le monde entier doit s'adapter aux exigences liées à la pandémie de COVID-19, et la Société de l'arthrite ne fait pas exception. Nos ressources en matière d'éducation des patients ont aidé des milliers de Canadiens à maîtriser leur arthrite et à faire face aux défis liés à la pandémie, notamment notre page La COVID-19 (arthrite.ca/covid-19) et l'arthrite, nos webinaires sur l'arthrite (arthrite.ca/soutien-et-education/conversations-sur-l-arthrite) et nos bulletins hebdomadaires Rayonnez (arthrite.ca/bien-vivre?page=3&Topic=157).

En parallèle, nous avons travaillé en partenariat avec la SCR et d'autres acteurs de la communauté de l'arthrite dans le cadre d'efforts de défense des intérêts des personnes atteintes d'arthrite afin que leurs besoins ne soient pas oubliés.

Nous sommes très heureux de constater que ces efforts portent leurs fruits, qu'il s'agisse de la résolution de la pénurie d'hydroxychloroquine, de la désignation de la production et de la distribution de cannabis médical comme services essentiels ou de l'annonce récente que les chercheurs hospitaliers seront inclus dans le programme de subventions salariales du gouvernement fédéral. Ces victoires témoignent de la volonté collective de la communauté de l'arthrite et de notre capacité à apporter des changements essentiels aux politiques lorsque nous travaillons ensemble.

Mais le travail ne s'arrête pas là, car d'importants problèmes subsistent :

- **Retards dans les interventions chirurgicales :** Le Canada était déjà bien en retard par rapport aux critères établis pour la réa-

lisation des arthroplasties, et ces retards ne font que s'allonger. Certaines provinces ont commencé à annoncer des plans pour remédier aux retards dans les chirurgies, mais ces plans devront bénéficier d'un soutien financier et d'une coordination, tenir compte du point de vue des patients et englober tous les Canadiens concernés.

- **Accès aux médicaments :** Outre l'hydroxychloroquine, d'autres médicaments peuvent être menacés par la pandémie, car elle met en péril les chaînes d'approvisionnement. De plus, de nombreux Canadiens ont perdu leur emploi et n'ont plus de régime d'assurance-médicaments. Il est essentiel que nous garantissons un approvisionnement adéquat et un accès continu aux médicaments nécessaires.
- **Financement de la recherche :** Si les salaires des chercheurs sont protégés, le financement de la recherche ne cesse toutefois de diminuer. Les nouvelles recherches liées à la COVID étant une priorité actuelle, nous ne devons pas oublier l'importance d'un soutien durable aux investissements dans les innovations en matière de santé et de maladies chroniques qui auront un impact sur des millions de patients au Canada.

Nous appelons tous les membres de la communauté de l'arthrite à demander à leurs députés fédéraux et provinciaux de trouver des solutions concertées à ces défis. Pour en savoir plus et manifester votre soutien, rendez-vous sur arthrite.ca/ce-que-nous-faisons/defense-de-la-cause-fr.

Greffe de cellules souches hématopoïétiques autologue pour la sclérose généralisée au Canada

Par Murray Baron, M.D., FRCP(C)

Hôpital général juif
Jewish General Hospital

McGill



Hôpital général juif

La greffe de cellules souches hématopoïétiques autologue (GCSHA) est devenue une option thérapeutique acceptable pour la sclérose généralisée (SG). Deux essais publiés récemment, ASTIS et SCOT, ont montré une amélioration du taux de survie, un plus grand assouplissement de la peau et une amélioration de la fonction pulmonaire après une GCSHA par rapport à une thérapie immunosuppressive.

Les experts canadiens et australiens de la sclérodémie ont conçu une nouvelle série de critères d'inclusion et d'exclusion qui peuvent servir de guide pour aider les rhumatologues canadiens à décider si un patient peut être un bon candidat à une greffe. Ces critères figurent sur le site Web du groupe de recherche canadien sur la sclérodémie et sont accessibles à partir d'un lien sur le site Web de la SCR (canadiansclerodermiaresearchgroup.org/stem-cell-transplantation-criteria). La plupart des critères sont basés sur les résultats d'une vaste enquête par la méthode Delphi menée auprès d'experts en SG du monde entier. Les critères d'exclusion cardiaques sont fondés sur les avis d'un nombre restreint d'experts et doivent être considérés comme des recommandations provisoires jusqu'à ce qu'un plus grand nombre de cardiologues soient interrogés.

Nous suggérons que les patients chez qui on envisage la greffe soient évalués par un rhumatologue ayant une exper-

tise précise dans le traitement de la SG. Ces médecins enregistreront également les données relatives aux patients dans la base de données du groupe de recherche canadien sur la sclérodémie et faciliteront ainsi la recherche sur l'issue des greffes. Une liste de ces médecins est également accessible à partir du lien de la SCR (canadiansclerodermiaresearchgroup.org/stem-cell-transplantation-criteria).

Actuellement, ce ne sont pas tous les centres de transplantation au Canada qui pratiquent ces greffes. Les trois principaux centres sont répertoriés, mais il est possible que d'autres centres plus proches du domicile des patients puissent également être en mesure de pratiquer la greffe. La décision de procéder à une greffe dans un centre non répertorié doit être prise après une consultation entre un rhumatologue spécialisé dans la SG et l'hématologue chargé de la greffe.

Murray Baron, M.D., FRCP(C)

Chef, Division de rhumatologie, Hôpital général juif

Directeur, Groupe de recherche canadien sur la sclérodémie

Professeur de médecine, Université McGill

Montréal (Québec)

L'Association des professionnels de la santé pour l'arthrite (APSA) à l'Assemblée scientifique annuelle de la SCR et de l'APSA

Par Sue MacQueen, P.T., B. Sc. P.T., ACPAC, ancienne présidente de l'APSA

Le 12^e cours préalable annuel de l'APSA s'est déroulé le 26 février 2020, conjointement à l'Assemblée scientifique annuelle de la SCR de l'APSA à Victoria, en Colombie-Britannique. Avec plus de 95 participants et 8 séances éducatives, la journée a été un grand succès! Des sujets tels que la colonne cervicale dans la polyarthrite rhumatoïde (PR), la vascularite, l'impact de l'arthrite en milieu de travail, le traitement des mains à l'ère des produits biologiques, le point sur les inhibiteurs de la JAK et la pratique du sport chez les enfants atteints d'AJI ont été équilibrés par une séance de yoga adaptée à l'arthrite et d'information fournie par l'Association canadienne de la spondylarthrite. La journée s'est terminée par une revue amusante des séances dans le format du jeu *Family Feud*.

Au cours des ateliers de l'ASA, nous avons eu le plaisir d'entendre Christopher Hawke qui nous a présenté le modèle de soins utilisé à la clinique de l'épaule et du coude de l'University Health Network (UHN), alors que l'équipe du Mary Pack Arthritis Program de Vancouver Coastal Health (VCH) a présenté un atelier sur les soins multidisciplinaires.

Lors de la cérémonie de remise des prix de l'Assemblée générale annuelle de l'APSA, Cara Kaup a reçu le prix *Clinical Innovation Award* pour son article intitulé « *3 Questions Tool in Pediatric Rheumatology* ». Le prix *Carolyn Thomas Award* a été décerné à Laura Passalant pour son article intitulé « *Axial Spondyloarthritis: Knowledge, Screening and Referral Practices Amongst Primary Care Providers* ». Sabrina Cavallo, quant à elle, a reçu le prix *Barbara Hanes Memorial Award* pour son article « *Exploring the Vocational Needs of Young People with Juvenile Idiopathic Arthritis and the Provision of Rehabilitation Services in Transition Care* ». Nous avons eu le plaisir de voir Trish Barbato, la nouvelle directrice générale et présidente de la Société de l'arthrite, présenter la bourse de recherche de la Société d'arthrite/APSA à Susan Bartlett pour son étude intitulée « *Delphi Survey to Assess Medication Side Effects and Concerns in People with Inflammatory Arthritis* ».

Lors du gala de l'ASA, le prix *Extraordinary Service Award* de l'APSA a été remis à Lynn Richards, de la Société de l'arthrite, pour son travail visant à promouvoir et à faire avancer la mission de l'APSA. Le prix *Lifetime Achievement Award* de l'APSA a été décerné à titre posthume à Barbara Stokes qui, au cours de sa carrière, a apporté une contribution considérable à la formation des professionnels de la santé dans le domaine de la rhumatologie.

L'APSA a également approuvé le nouveau conseil d'administration : Anne MacLeod, présidente; Sue MacQueen, présidente sortante; Kristin Dillon, trésorière; Jill Hall, secrétaire; Denise Jupp, responsable des communications; Jackie Williams Connolly, responsable du recrutement; Sameer Chunara, responsable du dévelop-



Karen Gordon, au nom de la famille de Barbara Stokes, acceptant le prix *Lifetime Achievement Award* des mains de Sue MacQueen.



Sue MacQueen remet à Lynn Richards le prix *Extraordinary Service Award*.

pement professionnel et de la carrière; Raquel Sweezie, responsable de la recherche; Angelo Papachristos, responsable du parrainage et du marketing; Nik Harris, membre à titre personnel pour l'Est; et Paul Adam, membre à titre personnel pour l'Ouest.

L'APSA est heureuse de collaborer avec la SCR, et nous attendons avec impatience l'année à venir!

Sue MacQueen, P.T., B. Sc. P.T., ACPAC
Ancienne présidente de l'APSA
Waterloo (Ontario)

Les 10 principales choses que les rhumatologues devraient (ou pourraient ne pas) connaître sur le point de vue des physiatres quant aux stratégies de réadaptation et aux interventions liées aux affections neuromusculosquelettiques

Par Jaime C. Yu, M.D., M. Éd., FRCPC, FSNC(EMG), Brian Rambaransingh, M.D., FRCPC, FSNC(EMG), RMSK, et Arun T. Gupta, M.D., FRCPC, FSNC(EMG)

Les stratégies et interventions de réadaptation englobent un large éventail de modalités de traitement, allant de la modification des activités et de la prescription d'exercices à la gestion des médicaments et aux procédures interventionnelles. La physiatrie et la réadaptation forment un vaste domaine de spécialisation qui traite un large éventail de troubles neurologiques et musculosquelettiques. Cet article donne un aperçu du point de vue du physiatre concernant les affections neuromusculosquelettiques fréquemment rencontrées par les rhumatologues.

1. Pour orienter les traitements interventionnels de la lombalgie, l'une des principales causes d'incapacité, il faut déterminer quels sont les générateurs potentiels de douleur. Les douleurs dorsales non inflammatoires sont divisées en deux catégories : les douleurs axiales, qui touchent le dos proprement dit, et les douleurs radiculaires, qui irradient vers les fesses ou les jambes. Les douleurs médiées par les facettes articulaires comptent pour 40 % des lombalgies axiales et peuvent être traitées avec succès par des techniques de dénervation par radiofréquence. Pour les douleurs radiculaires, les injections épidurales transforaminales de stéroïdes peuvent apporter un soulagement important des symptômes et accélérer le rétablissement. Dans les cas réfractaires, la neurostimulation est une thérapie émergente. La prise en charge chirurgicale est généralement limitée aux patients présentant des déficits neurologiques progressifs¹⁻³.
2. Le syndrome douloureux du grand trochanter, communément appelé « bursite », doit plutôt être considéré comme une tendinopathie touchant le petit et le moyen fessier ainsi que la bandelette ilio-tibiale. La véritable bursite n'est présente que chez une minorité de patients. Les déchirures des muscles fessiers peuvent être évaluées à l'aide du test de dérotation externe avec résistance. La ténotomie à l'aiguille échoguidée, associée à la physiothérapie, peut apporter un certain soulagement à moyen et à long terme et représente une option préférable aux injections de corticostéroïdes⁴⁻⁶.
3. L'articulation sacro-iliaque (ASI) est une importante source de douleur dans les cas de douleurs dorsales non inflammatoires. Les générateurs de douleur dans l'ASI comprennent la capsule articulaire, les ligaments environnants et la portion intra-articulaire de l'articulation, tous innervés par les branches latérales des racines nerveuses S1 à S3. En raison de cette anatomie complexe, les manœuvres d'examen physique peuvent ne pas être aussi précises et les injections intra-articulaires peuvent ne pas agir convenablement contre tous les générateurs de douleur, ce qui entraîne des diagnostics faux négatifs. Les techniques fondées sur l'utilisation de blocs échoguidés administrés dans le réseau sacral postérieur pourraient représenter une nouvelle référence dans le diagnostic et la prise en charge de la douleur médiée par l'ASI⁷⁻¹¹.
4. Le syndrome de douleur myofasciale doit être différencié de la fibromyalgie. Les caractéristiques cliniques de bandelettes tendues palpables et de points de déclenchement sont généralement présentes. La zone douloureuse est toutefois plus focalisée par rapport à la douleur généralisée type de la fibromyalgie. Le traitement comprend des étirements ciblés et des exercices de renforcement actif des muscles touchés. Des techniques telles que la stimulation intramusculaire (traitement à blanc au moyen d'une aiguille) et des injections d'anesthésique local aux points de déclenchement peuvent être utiles pour réduire la douleur à court terme et faciliter la réadaptation active^{12,13}.

- 5. Les examens de la conduction nerveuse et l'électromyographie présentent des limites techniques et il est important de savoir quand les demander.** Les examens standards de conduction nerveuse et d'électromyographie sont très utiles pour découvrir les anomalies touchant les principaux nerfs périphériques à grandes fibres, telles que les neuropathies de piégeage focales (par exemple, le syndrome du canal carpien) ou les lésions nerveuses traumatiques. Les examens d'EMG sont également utiles pour distinguer les myopathies inflammatoires aiguës des myopathies chroniques. Cependant, les maladies impliquant les nerfs périphériques à petites fibres, causes fréquentes des polyneuropathies distales douloureuses, sont plus difficiles à évaluer et les examens standards de la conduction nerveuse ou d'électromyographie peuvent donner des résultats normaux dans ces cas¹⁴.
- 6. La polyneuropathie des petites fibres, qui fait intervenir les fibres Aδ myélinisées et les fibres C non myélinisées, est présente chez environ 40 à 50 % des patients atteints de fibromyalgie.** Les symptômes de dysautonomie et de paresthésie peuvent permettre de prédire une polyneuropathie des petites fibres sous-jacente, et des anomalies à l'examen de la conduction nerveuse sensorielle plantaire surale et médiale peuvent faciliter le diagnostic. Il est important de cerner ce chevauchement afin d'exclure les causes réversibles de polyneuropathie des petites fibres et de cibler les patients qui pourraient mieux répondre aux antiépileptiques ou aux antidépresseurs pour le soulagement de la douleur. Les opioïdes sont déconseillés, mais les traitements adjuvants, notamment les anesthésiques locaux topiques, la capsaïcine et l'acupuncture, peuvent s'avérer utiles¹⁵⁻¹⁸.
- 7. Le syndrome de douleur régionale complexe est une urgence en matière de réadaptation qui nécessite un traitement urgent au moyen d'analgésiques appropriés, et possiblement de corticostéroïdes oraux, et la mise en œuvre de stratégies énergiques de réadaptation active.** Lorsqu'un traitement précoce n'est pas possible ou qu'il y a absence de réponse, le syndrome évolue malheureusement vers une affection neurologique et douloureuse chronique. La principale caractéristique du syndrome de douleur régionale chronique est une douleur régionale disproportionnée par rapport à l'événement déclencheur qui s'accompagne aussi de caractéristiques de douleur neuropathique, de changements cutanés et de température et d'une perte importante de mouvement fonctionnel. Il existe des données probantes de niveau 1 qui appuient l'utilisation de corticostéroïdes oraux dans les cas récents ou aigus, et l'administration d'un traitement analgésique approprié est importante pour favoriser la participation à des exercices et à des modalités de réadaptation active^{19,20}.
- 8. Les douleurs articulaires post-AVC sont souvent complexes et peuvent avoir de multiples étiologies.** Les douleurs de l'épaule peuvent résulter d'une subluxation attribuable à une faiblesse neuromusculaire, d'une tendinopathie de la coiffe des rotateurs ou d'une poussée d'arthrose gléno-humérale due à une altération mécanique, à une spasticité des muscles de la ceinture scapulaire ou à une capsulite adhésive. Si des douleurs à la main et à l'épaule sont constatées, il faut considérer la possibilité de syndrome épaule-main, une forme de syndrome post-AVC. Les douleurs du genou après un AVC sont fréquentes en raison de l'altération des propriétés mécaniques aggravant l'arthrose sous-jacente du genou ou des poussées de goutte consécutives à l'événement médical aigu et aux médicaments associés. Il faut envisager l'utilisation de la stimulation électrique fonctionnelle, d'anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS) topiques et d'AINS oraux pendant de courtes périodes. Des injections ciblées de corticostéroïdes intra-articulaires sont efficaces pour soulager la douleur à moyen terme afin de favoriser une réadaptation active visant le rétablissement neurologique²¹.
- 9. L'arthrite inflammatoire peut se résorber du côté hémiparétique après un AVC, mais la physiopathologie de ce phénomène n'est pas claire.** Des rapports de cas laissent entendre que l'arthrite inflammatoire se résorbe du côté hémiparétique après un AVC ou une autre lésion importante du système nerveux central. Les mécanismes proposés comprennent des facteurs mécaniques altérés du côté hémiparétique, des modifications du système nerveux autonome touchant l'inflammation ou des modifications de la perfusion des membres. Les membres hémiparétiques présentant fréquemment des modifications du système nerveux autonome, comme un œdème, une altération de la température ainsi qu'une modification de la couleur de la peau et de la répartition de la sueur. D'autres travaux visant à élucider le rôle du système nerveux central dans l'inflammation seront utiles pour comprendre ce phénomène anecdotique^{22,23}.
- 10. La fasciite plantaire est une cause fréquente de douleur au talon et elle peut être liée à des affections inflammatoires générales ou à des problèmes biomécaniques précis.** Les facteurs prédisposants sont notamment la déformation des pieds (pes cavus), une dorsiflexion limitée de la cheville, une raideur des muscles gastrocnémien et soléaire et une pronation ou supination excessive du pied. La correction des anomalies biomécaniques par des mesures telles que l'étirement ciblé, la modification des chaussures, l'utilisation d'orthèses (p. ex. pour soulever le talon), le renforcement des muscles intrinsèques du pied et le massage par friction profonde, peuvent résoudre ce trouble. Dans les cas réfractaires, les injections de corticostéroïdes échoguidées apportent un soulagement à court terme, permettant aux techniques de réadaptation d'être mieux tolérées et plus efficaces. Parmi les autres options, citons les traitements par ondes de choc extracorporelles, les injections intramusculaires de toxine botulique A, la prolothérapie et le plasma autologue riche en plaquettes; toutefois, les données probantes sur l'efficacité de ces interventions sont contradictoires. La prise en charge chirurgicale est réservée à de rares cas²⁴⁻²⁸.

Références :

1. Deyo RA, Rainville J, Kent DL. What can the history and physical examination tell us about low back pain? *JAMA* 1992; 268(6):760-765.
2. Patrick N, Emanski E, Knaub MA. Acute and chronic low back pain. *Med Clin North Am* 2014; 98(4):777-89, xii. doi: 10.1016/j.mcna.2014.03.005 [doi].
3. Hooten WM, Cohen SP. Evaluation and treatment of low back pain: A clinically focused review for primary care specialists. *Mayo Clin Proc* 2015; 90(12):1699-1718. doi: 10.1016/j.mayocp.2015.10.009 [doi].
4. Long SS, Surrey DE, Nazarian LN. Sonography of greater trochanteric pain syndrome and the rarity of primary bursitis. *AJR Am J Roentgenol* 2013; 201(5):1083-1086. doi: 10.2214/AJR.12.10038 [doi].
5. Jacobson JA, Rubin J, Yablon CM, Kim SM, Kalume-Brigido M, Parameswaran A. Ultrasound-guided fenestration of tendons about the hip and pelvis: Clinical outcomes. *J Ultrasound Med* 2015; 34(11):2029-2035. doi: 10.7863/ultra.15.01009 [doi].

6. Reiman MP, Goode AP, Hegedus EJ, Cook CE, Wright AA. Diagnostic accuracy of clinical tests of the hip: A systematic review with meta-analysis. *Br J Sports Med* 2013; 47(14):893-902. doi: 10.1136/bjsports-2012-091035 [doi].
7. Szadek KM, Hoogland PV, Zuurmond WW, De Lange JJ, Perez RS. Possible nociceptive structures in the sacroiliac joint cartilage: An immunohistochemical study. *Clin Anat* 2010; 23(2):192-198. doi: 10.1002/ca.20908 [doi].
8. Schneider BJ, Ehsanian R, Rosati R, Huynh L, Levin J, Kennedy DJ. Validity of physical exam maneuvers in the diagnosis of sacroiliac joint pathology. *Pain Med* 2020; 21(2):255-260. doi: 10.1093/pm/pnz183 [doi].
9. Roberts SL, Burnham RS, Ravichandiran K, Agur AM, Loh EY. Cadaveric study of sacroiliac joint innervation: Implications for diagnostic blocks and radiofrequency ablation. *Reg Anesth Pain Med* 2014; 39(6):456-464. doi: 10.1097/AAP.000000000000156 [doi].
10. Roberts SL, Burnham RS, Agur AM, Loh EY. A cadaveric study evaluating the feasibility of an ultrasound-guided diagnostic block and radiofrequency ablation technique for sacroiliac joint pain. *Reg Anesth Pain Med* 2017; 42(1):69-74. doi: 10.1097/AAP.0000000000000515 [doi].
11. Cibulka MT, Koldehoff R. Clinical usefulness of a cluster of sacroiliac joint tests in patients with and without low back pain. *J Orthop Sports Phys Ther* 1999; 29(2):83-2. doi: 10.2519/jospt.1999.29.2.83 [doi].
12. Borg-Stein J, Iaccarino MA. Myofascial pain syndrome treatments. *Phys Med Rehabil Clin N Am* 2014; 25(2):357-374. doi: 10.1016/j.pmr.2014.01.012 [doi].
13. Saxena A, Chansoria M, Tomar G, Kumar A. Myofascial pain syndrome: An overview. *J Pain Palliat Care Pharmacother* 2015; 29(1):16-21. doi: 10.3109/15360288.2014.997853 [doi].
14. Chemali KR, Tsao B. Electrodiagnostic testing of nerves and muscles: When, why, and how to order. *Cleve Clin J Med* 2005; 72(1):37-48. doi: 10.3949/ccjm.72.1.37 [doi].
15. Lawson VH, Grewal J, Hackshaw KV, Mongioli PC, Stino AM. Fibromyalgia syndrome and small fiber, early or mild sensory polyneuropathy. *Muscle Nerve* 2018; 58(5):625-630. doi: 10.1002/mus.26131 [doi].
16. Lodahl M, Treister R, Oaklander AL. Specific symptoms may discriminate between fibromyalgia patients with vs without objective test evidence of small-fiber polyneuropathy. *Pain Rep* 2017; 3(1):e633. doi: 10.1097/PR9.0000000000000633 [doi].
17. Grayston R, Czanner G, Elhadd K, et al. A systematic review and meta-analysis of the prevalence of small fiber pathology in fibromyalgia: Implications for a new paradigm in fibromyalgia etiopathogenesis. *Semin Arthritis Rheum* 2019; 48(5):933-940. doi: S0049-0172(18)30363-9 [pii].
18. Swiecka M, Maslinska M, Kwiatkowska B. Small fiber neuropathy as a part of fibromyalgia or a separate diagnosis? *International Journal of Clinical Rheumatology* 2018; 13(6):353-359. doi: 10.4172/1758-4272.1000210.
19. Shim H, Rose J, Halle S, Shekane P. Complex regional pain syndrome: A narrative review for the practising clinician. *Br J Anaesth* 2019; 123(2):e424-e433. doi: S0007-0912(19)30235-1 [pii].
20. Harden RN, Oaklander AL, Burton AW, et al. Complex regional pain syndrome: Practical diagnostic and treatment guidelines, 4th edition. *Pain Med* 2013; 14(2):180-229. doi: 10.1111/pme.12033 [doi].
21. Wiener J, Cotoi A, Viana R, et al. Chapter 11: Hemiplegic shoulder pain and complex regional pain syndrome. In: Teasell R, Cotoi A, Wiener J, Illiescu A, Hussein N, Salter K, eds. *The stroke rehabilitation evidence-based review: 18th edition* (www.ebrsr.com). Canadian Stroke Network; 2018.
22. Sofat N, Malik O, Higgins CS. Neurological involvement in patients with rheumatoid disease. *QJM* 2006; 99(2):69-79. doi: hcl005 [pii].
23. Keyszer G, Langer T, Kornhuber M, Taute B, Horneff G. Neurovascular mechanisms as a possible cause of remission of rheumatoid arthritis in hemiparetic limbs. *Ann Rheum Dis* 2004; 63(10):1349-1351. doi: 10.1136/ard.2003.016410 [doi].
24. Arnold MJ, Moody AL. Common running injuries: Evaluation and management. *Am Fam Physician* 2018; 97(8):510-516. doi: 13485 [pii].
25. Becker BA, Childress MA. Common foot problems: Over-the-counter treatments and home care. *Am Fam Physician* 2018; 98(5):298-303. doi: 13813 [pii].
26. Cotchett M, Lennecke A, Medica VG, Whittaker GA, Bonanno DR. The association between pain catastrophising and kinesiophobia with pain and function in people with plantar heel pain. *Foot (Edinb)* 2017; 32:8-14. doi: S0958-2592(16)30051-7 [pii].
27. Lai TW, Ma HL, Lee MS, Chen PM, Ku MC. Ultrasonography and clinical outcome comparison of extracorporeal shock wave therapy and corticosteroid injections for chronic plantar fasciitis: A randomized controlled trial. *J Musculoskelet Neuronal Interact* 2018; 18(1):47-54.
28. Petraglia F, Ramazzina I, Costantino C. Plantar fasciitis in athletes: Diagnostic and treatment strategies. A systematic review. *Muscles Ligaments Tendons J* 2017; 7(1):107-118. doi: 10.11138/mltj/2017.7.1.107 [doi].

Jaime C. Yu, M.D., M. Éd., FRCPC, FSNC(EMG)
Professeur adjoint
Division de physiatrie et de réadaptation
Université de l'Alberta
Edmonton (Alberta)

Brian Rambaransingh, M.D., FRCPC, FSNC(EMG), RMSK
Professeur agrégé de clinique
Division de physiatrie et de réadaptation
Université de l'Alberta
Edmonton (Alberta)

Arun T. Gupta, M.D., FRCPC, FSNC(EMG), Dipl. en médecine sportive
Professeur agrégé de clinique
Section de physiatrie et de réadaptation
Université de Calgary
Calgary (Alberta)

Résultats du sondage

Articulons nos pensées : les risques de toxicité cardiaque associés à l'hydroxychloroquine

À l'heure des discussions et des controverses autour de l'hydroxychloroquine (HCQ) et des risques de torsades de pointes qui y sont associés, le sondage *Articulons nos pensées* de ce numéro, mené en janvier 2020 avant la pandémie de COVID-19, s'est attaché à connaître le point de vue des membres de la SCR concernant les risques de toxicité cardiaque associés à l'HCQ. Le taux de réponse au sondage a été de 95 sur une possibilité de 500, ce qui équivaut à 19 %. Plus de la moitié des répondants (53 %) sont des rhumatologues travaillant en milieu universitaire, 39 % d'entre eux travaillent en milieu communautaire et 8 % entrent dans ces deux catégories. Quatre répondants ont précisé qu'ils étaient en résidence, et deux, des boursiers chargés de cours.

La première question posée aux membres était la suivante : « L'hydroxychloroquine (HCQ) a rarement été signalée comme à l'origine d'un des effets secondaires cardiaques suivants (choisissez toutes les réponses applicables) ». La cardiomyopathie a été choisie par 82 % des répondants, les anomalies du système de conduction par 72 % et l'arythmie par 67 %.

Lorsqu'on leur a demandé quels tests ils avaient demandés avant le début du traitement par l'HCQ, seulement neuf répondants ont mentionné un ECG au repos et un seul, un échocardiogramme.

Enfin, lorsqu'on leur a demandé s'ils avaient constaté de cas de toxicité cardiaque liés à la prise d'HCQ au cours de leur pratique, 33 % des répondants ont répondu par l'affirmative et 67 %, par la négative.

Quoique les perceptions concernant les risques de toxicité cardiaque liés à l'HCQ varient entre les rhumatologues et les autres spécialistes, il semble que la plupart des rhumatologues sont d'accord pour dire que les risques sont très faibles et que les avantages des traitements par l'HCQ l'emportent haut la main sur ceux-ci. Si vous avez des commentaires supplémentaires à transmettre à la SCR, veuillez communiquer avec Kevin Bajjnauth à l'adresse kbajjnauth@rheum.ca. Un commentaire du Dr Zahi Touma est également disponible dans ce numéro à la page 29.

Tableau 1.

L'hydroxychloroquine (HCQ) a rarement été signalée comme à l'origine d'un des effets secondaires cardiaques suivants (choisissez toutes les réponses applicables) :



Tableau 2.

J'ai été témoin de cas de toxicité cardiaque liés à la prise d'HCQ au cours de ma pratique :



L'hydroxychloroquine et le cœur

Par Zahi Touma, M.D., Ph. D., FACP, FACR

Malgré l'importance accordée ces jours-ci par les médias aux antipaludéens pour le traitement de la COVID-19, l'hydroxychloroquine (HCQ) et la chloroquine sont utilisées depuis longtemps pour le traitement de différentes maladies rhumatismales. En outre, l'HCQ demeure la pierre angulaire du traitement du lupus érythémateux disséminé (LED). L'HCQ est l'option privilégiée en raison de la plus faible incidence d'effets indésirables rétinien. Les données soutenant l'utilisation de l'HCQ chez les patients atteints de LED sont très convaincantes et reposent sur un vaste ensemble de preuves. Chez ces patients, l'HCQ maîtrise l'activité de la maladie et permet l'arrêt des glucocorticoïdes, améliore les taux de survie, réduit certains facteurs de risque cardiovasculaire classiques, exerce un effet antithrombotique, réduit les dommages et le risque de poussées et est sans danger pendant la grossesse¹. Chez les patients atteints de polyarthrite rhumatoïde (PR), l'HCQ est l'un des antirhumatismaux modificateurs de la maladie non biologiques traditionnels couramment prescrits, et la trithérapie pour le traitement de la PR comprend l'HCQ^{2,3}.

Les antipaludéens peuvent entraîner une toxicité grave et s'accumulent à long terme dans différents organes, notamment la peau, les yeux, les muscles squelettiques et les tissus cardiaques. La toxicité rétinienne est l'effet indésirable le plus connu, mais d'autres événements indésirables peuvent également survenir : hyperpigmentation de la peau, neuromyopathie et cardiotoxicité.

Une étude a été récemment menée auprès de 453 patients (durée du LED lors de l'ECC, $19,7 \pm 10,4$ ans) pour déterminer si l'utilisation cumulative d'antipaludéens est associée à des anomalies à l'ECC¹. Les anomalies de la conduction (bloc de branche, bloc AV incomplet ou complet, allongement de l'intervalle QTc et torsades de pointes consécutives) étaient légèrement plus fréquentes que les caractéristiques électrocardiographiques évoquant des anomalies structurelles (hypertrophie concentrique avec dilatation biatriale et hypertrophie biventriculaire), soit respectivement 16 % par rapport à 13 %; 26 % des patients présentaient les deux types d'anomalies. Dans cette cohorte, 56 % des patients avaient reçu une dose cumulée d'antipaludéens supérieure à la médiane de 1 207 grammes au moment de leur ECC, et 44 % avaient reçu une dose égale ou inférieure à la médiane. Alors qu'une analyse univariée d'une dose cumulée d'antipaludéens supérieure à la médiane prédisait des anomalies structurelles à l'ECC, le risque accru (rapport des cotes [RC] de 1,82; IC à 95 % : 0,95-3,47) n'était pas statistiquement significatif à l'analyse multivariée. Fait plus important encore, la dose cumulée d'antipaludéens a assuré une protection contre les anomalies de la conduction (RC de 0,42; IC à 95 % : 0,22- 0,77, $p = 0,006$). Dans l'analyse de cas-témoins emboîtés, l'effet protecteur des antipaludéens contre les anomalies de la conduction a également été démontré (RC de 0,36), et une dose d'antipaludéens supérieure à la médiane n'a pas été associée de manière significative à des anomalies structurelles.

D'autres études ont révélé une prévalence comparable pour les anomalies de la conduction (17 %) chez les patients atteints de LED après un suivi de 10 ans⁴. D'autres encore ont confirmé que la prévalence des anomalies de la conduction chez les patients atteints de LED est comparable à celle observée dans la population générale⁵. Nous avons également démontré une faible

prévalence d'allongement de l'intervalle QTc (3 patients; 0,7 %)¹, alors que d'autres ont signalé une prévalence plus élevée (6,5 %) et ont constaté une association avec des anticorps anti-Ro/SSA⁶.

Les effets indésirables cardiaques des antipaludéens sont potentiellement réversibles s'ils sont détectés à temps, et l'arrêt de ces médicaments est essentiel. Bien que l'ECC puisse être normal ou non spécifique, il peut permettre une détection précoce et mener à une évaluation plus approfondie. Des tests plus spécifiques pour déceler des lésions du muscle cardiaque (troponine I) pourraient également faciliter le dépistage de la cardiotoxicité chez les patients présentant un taux de créatine kinase élevée⁷. Bien que l'IRM et la TEP cardiaques puissent être utilisées dans l'évaluation de la cardiotoxicité des antipaludéens, la biopsie endomyocardique demeure le test de référence.

Il est essentiel de reconnaître les effets indésirables et les facteurs de risque potentiels (dose journalière excessive par rapport au poids, durée d'utilisation, dose cumulée, maladie rénale existante, vieillissement, maladie du foie et autres facteurs génétiques) de la toxicité des antipaludéens et de procéder à un dépistage approprié. Finalement, nous reconnaissons que des tests plus spécifiques pour déterminer la cardiotoxicité des antipaludéens sont nécessaires pour procéder à une stratification appropriée des risques.

La pandémie de COVID-19 a mené à une utilisation inhabituelle de l'HCQ comme option thérapeutique, en association avec l'azithromycine. Les inquiétudes soulevées par les médias et par Santé Canada quant aux effets secondaires graves potentiels associés à l'HCQ sont fondées sur la crainte que certains patients puissent obtenir l'HCQ pour prévenir ou traiter la COVID-19. L'utilisation non supervisée d'HCQ peut entraîner des effets secondaires, mais les rhumatologues connaissent bien ce médicament et ses effets secondaires potentiels. Les rhumatologues utilisent l'HCQ depuis des décennies sans effets secondaires majeurs. Nous soupesons les risques et les avantages et, plus important encore, nous suivons les patients de près et surveillons l'apparition d'effets toxiques de l'HCQ. Ces étapes sont cruciales pour assurer une prise en charge fructueuse des patients atteints de maladies rhumatismales qui suivent un traitement par l'HCQ.

Zahi Touma, M.D., Ph. D., FACP, FACR

Rhumatologue

Professeur adjoint de médecine

Division de rhumatologie

Faculté de médecine

Université de Toronto

Clinicien scientifique

Institut de recherche Krembil (Krembil)

Toronto (Ontario)

Références :

- McGhie TK, Harvey P, Su J, Anderson N, Tomlinson G, Touma Z. Electrocardiogram abnormalities related to anti-malarials in systemic lupus erythematosus. *Clinical and experimental rheumatology* 2018 Jul-Aug; 36(4):545-51. PubMed PMID: 29652656.
- Bykerk VP, Akhavan P, Hazlewood GS, Schieir O, Dooley A, Haraoui B, et coll. Canadian Rheumatology Association recommendations for pharmacological management of rheumatoid arthritis with traditional and biologic disease-modifying antirheumatic drugs. *J Rheumatol* 2012 Aug; 39(8):1559-82. PubMed PMID: 21921096.
- Singh JA, Saag KG, Bridges SL Jr, Akl EA, Bannuru RR, Sullivan MC, et coll. 2015 American College of Rheumatology Guideline for the Treatment of Rheumatoid Arthritis. *Arthritis Rheumatol* 2016 Jan; 68(1): 1-26. PubMed PMID: 26545940.
- Godeau P, Guillemin L, Fechner J, Bletry O, Herremans G. [Disorders of conduction in lupus erythematosus: frequency and incidence in a group of 112 patients (author's transl) Les troubles de conduction au cours du lupus érythémateux. Frequency and incidence dans une population de 112 patients]. *Annales de médecine interne* 1981; 132(4):234-40. PubMed PMID: 7305172.
- Costedoat-Chalumeau N, Hulot JS, Amoura Z, Leroux G, Lechat P, Funck-Brentano C, et coll. Heart conduction disorders related to antimalarials toxicity: an analysis of electrocardiograms in 85 patients treated with hydroxychloroquine for connective tissue diseases. *Rheumatology (Oxford, England)* 2007 May; 46(5):808-10. PubMed PMID: 17202178.
- Bourre-Tessier J, Clarke AE, Huynh T, Bernatsky S, Joseph L, Belisle P, et coll. Prolonged corrected QT interval in anti-Ro/SSA-positive adults with systemic lupus erythematosus. *Arthritis Care Res (Hoboken)* 2011 Jul; 63(7):1031-7. PubMed PMID: 21452253.
- Tselios K, Gladman DD, Harvey P, Akhtari S, Su J, Urowitz MB. Abnormal Cardiac Biomarkers in Patients with Systemic Lupus Erythematosus and No Prior Heart Disease: A Consequence of Antimalarials? *J Rheumatol* 2019 Jan; 46(1):64-9. PubMed PMID: 30068764.

NOUVELLE INDICATION : SPONDYLARTHRITE ANKYLOSANTE

NOUS SOMMES FIERS DE NOTRE ENGAGEMENT ENVERS NOTRE PROGRAMME D'ESSAIS CLINIQUES EN RHUMATOLOGIE*

ESSAIS CHEZ LES PATIENTS ATTEINTS DE RHUMATISME PSORIASIQUE ÉVOLUTIF

**PATIENTS N'AYANT JAMAIS REÇU
UN AGENT BIOLOGIQUE** SPIRIT-P1

**PATIENTS AYANT DÉJÀ
REÇU UN ITNF** SPIRIT-P2

PARAMÈTRE D'ÉVALUATION PRINCIPAL

Pourcentage de patients ayant obtenu une réponse ACR20 à la semaine 24

PARAMÈTRES D'ÉVALUATION SECONDAIRES SÉLECTIONNÉS

Réponse ACR50 à la semaine 24

Réponse ACR70 à la semaine 24

Indice d'évaluation de l'enthésite de Leeds à la semaine 24

Score total de Sharp modifié à la semaine 24 (SPIRIT-P1)

Indications :

Taltz est indiqué pour :

- le traitement du rhumatisme psoriasique évolutif chez les adultes qui ont présenté une réponse inadéquate ou qui ne tolèrent pas un ou plusieurs antirhumatismes modificateurs de la maladie (ARMM). Taltz peut être employé seul ou en association avec un antirhumatisme modificateur de la maladie classique (ARMMc) [p. ex., le méthotrexate].
- le traitement de la spondylarthrite ankylosante évolutive chez les adultes qui ont présenté une réponse inadéquate ou une intolérance au traitement classique.

Mises en garde et précautions pertinentes :

- Infections, y compris la tuberculose
- Réactions d'hypersensibilité graves (y compris l'anaphylaxie)
- Patients atteints d'une maladie inflammatoire de l'intestin
- Vaccination
- Femmes enceintes et femmes qui allaitent
- Fécondité
- Personnes âgées

Pour de plus amples renseignements :

Veillez consulter la monographie au www.lilly.ca/mptaltz/fr pour obtenir des renseignements importants sur les effets indésirables, les interactions médicamenteuses et la posologie qui n'ont pas été présentés dans ce document. Vous pouvez aussi vous procurer la monographie en communiquant avec nous au 1-888-545-5972.



4 ESSAIS PIVOTS

> 1 400 PATIENTS AU TOTAL^{†‡}

ESSAIS CHEZ LES PATIENTS ATTEINTS DE SPONDYLARTHRITE ANKYLOSANTE ÉVOLUTIVE

PATIENTS N'AYANT JAMAIS REÇU UN AGENT BIOLOGIQUE COAST-V

PATIENTS AYANT DÉJÀ REÇU UN iTNF COAST-W

PARAMÈTRE D'ÉVALUATION PRINCIPAL

Pourcentage de patients ayant obtenu une réponse ASAS40 à la semaine 16

PARAMÈTRES D'ÉVALUATION SECONDAIRES SÉLECTIONNÉS

Réponse ASAS20 à la semaine 16

Réponse BASDAI50 à la semaine 16

Score SPARCC du rachis par IRM à la semaine 16

Pourcentage de patients ayant obtenu une réponse ASDAS inférieure à 2,1 % (faible activité de la maladie) à la semaine 16

POUR EN SAVOIR PLUS, COMMUNIQUEZ AVEC VOTRE REPRÉSENTANT DE TALTZ OU VISITEZ LE SITE [LILLY.CA/FR/COMMUNIQUEZ-AVEC-NOUS](https://www.lilly.ca/fr/communiquez-avec-nous).

ACR20/50/70 = amélioration d'au moins 20 %/50 %/70 % selon les critères de l'American College of Rheumatology; ASAS40 = réponse Assessment of Spondyloarthritis International Society 40; ASDAS = Ankylosing Spondylitis Disease Activity Score (score d'activité de la spondylarthrite ankylosante); BASDAI = Bath Ankylosing Spondylitis Disease Activity Index (indice BASDAI); IRM = imagerie par résonance magnétique; iTNF (de l'anglais Tumor Necrosis Factor) = inhibiteur du facteur de nécrose tumorale; SPARCC = Spondyloarthritis Research Consortium of Canada (Consortium canadien de recherche sur les spondylarthropathies) [score pour le rachis déterminé à partir d'une échelle de 23 unités discovertébrales].

* La signification clinique n'a pas été établie.

[†] Le nombre total de patients comprend tous les patients répartis aléatoirement afin de recevoir Taltz, un placebo ou l'adalimumab (groupe de référence actif) dans les essais SPIRIT-P1 et COAST-V.

[‡] SPIRIT-P1, N = 417; SPIRIT-P2, N = 363; COAST-V, N = 341; COAST-W, N = 316.

Référence : 1. Monographie de Taltz. Eli Lilly Canada Inc., 4 février 2020.

XELJANZ : le premier inhibiteur des protéines JAK pour la polyarthrite rhumatoïde, l'arthrite psoriasique et la colite ulcéreuse^{1*}

XELJANZ^{MD}
[citrate de tofacitinib]



POLYARTHRITE RHUMATOÏDE

P^rXELJANZ^{MD}/P^rXELJANZ^{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. En cas d'intolérance au MTX, les médecins peuvent envisager l'utilisation de XELJANZ/XELJANZ XR en monothérapie.

Il n'est pas recommandé d'utiliser

XELJANZ/XELJANZ XR en association avec des antirhumatismeux modificateurs de la maladie (ARMM) biologiques ou des immunosuppresseurs puissants comme l'azathioprine et la cyclosporine.

ARTHRITE PSORIASIQUE

P^rXELJANZ^{MD} (tofacitinib), pris en association avec du méthotrexate (MTX) ou un autre antirhumatismeux modificateur de la maladie (ARMM) synthétique classique, est indiqué pour atténuer les signes et les symptômes de l'arthrite psoriasique chez les adultes atteints d'arthrite psoriasique évolutive qui ont eu une réponse insatisfaisante à un traitement antérieur par un ARMM.

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

COLITE ULCÉREUSE

P^rXELJANZ^{MD} (tofacitinib) est indiqué pour le traitement de la colite ulcéreuse évolutive modérée ou sévère chez les adultes qui ont eu une réponse insatisfaisante, une perte de la réponse ou une intolérance au traitement classique de la colite ulcéreuse ou à un inhibiteur du TNF- α .

Il n'est pas recommandé d'utiliser XELJANZ en association avec des traitements biologiques contre la colite ulcéreuse ni avec des immunosuppresseurs puissants, comme l'azathioprine et la cyclosporine.

Veillez consulter la monographie de XELJANZ/XELJANZ XR à l'adresse <http://pfizer.ca/pm/fr/XELJANZ.pdf> pour obtenir des renseignements importants sur :

- les contre-indications relatives à la grossesse, à l'allaitement et à l'insuffisance hépatique sévère;
- les mises en garde et précautions les plus importantes concernant le risque d'infections graves, de cancers et de thrombose;
- d'autres mises en garde et précautions pertinentes concernant le risque d'infection et d'immunosuppression lorsque le médicament est administré en concomitance avec des immunosuppresseurs puissants, les femmes en âge de procréer, les réactions d'hypersensibilité, le risque de réactivation virale, l'administration préalable de tous les vaccins recommandés (conformément aux directives d'immunisation en vigueur), le vaccin vivant contre le zona, le risque de cancers, de trouble lymphoprolifératif et de cancers de la peau non mélaniques, le risque de lymphopénie, de neutropénie, d'anémie et d'élévation des taux lipidiques, les patients atteints d'insuffisance hépatique ou rénale, les patients sous hémodialyse, l'élévation des taux d'enzymes hépatiques, les patients présentant une sténose digestive sévère préexistante traités par XELJANZ XR, la prudence chez les patients qui ont des antécédents de pneumopathie interstitielle ou qui y sont plus à risque, les enfants, les personnes âgées, les patients atteints de diabète, les patients ayant des antécédents de maladie pulmonaire chronique, le nombre de lymphocytes, les patients d'origine asiatique, les patients exposés à un risque de perforation du tube digestif, la hausse des taux de créatine kinase, la diminution de la fréquence cardiaque et la prolongation de l'intervalle PR, les patients qui pourraient être exposés à un risque accru de thrombose, les patients ayant des symptômes de thrombose et les considérations posologiques chez les patients atteints de colite ulcéreuse (la dose efficace la plus faible possible de XELJANZ doit être utilisée pendant la durée de traitement la plus courte possible pour obtenir ou maintenir une réponse thérapeutique);
- les conditions d'usage clinique, les réactions indésirables, les interactions médicamenteuses et les directives relatives à la posologie et au mode d'administration.

Vous pouvez également obtenir la monographie en vous adressant au Service de l'information pharmaceutique, au 1-800-463-6001.

Pour obtenir de plus amples renseignements, veuillez communiquer avec votre représentant de Pfizer.

JAK = Janus kinase; PR = polyarthrite rhumatoïde

* La portée clinique de ces comparaisons est inconnue.

Références : 1. Données internes de Pfizer Inc. 2019. 2. Santé Canada. Avis de conformité relatif à XELJANZ. 3. Pfizer Canada SRI. Monographie de XELJANZ/XELJANZ XR.



XELJANZ/XELJANZ XR, M.D. de PF Prism C.V.
Pfizer Canada SRI, licencié
© 2020 Pfizer Canada SRI, Kirkland (Québec) H9J 2M5

PP-XEL-CAN-0480-FR

