

CRAJ SCCR

Le Journal de la Société canadienne de rhumatologie



Point de mire : La rhumatologie, ici et maintenant

Éditorial

Faire le lien : la rapidité de la pensée,
le réflexe pavlovien et les retards dans le diagnostic
de la spondylarthropathie axiale

Que fait la SCR pour vous?

Nouveau groupe de travail sur la santé planétaire

ICORA

Les projets de recherche passés,
présents et futurs de l'ICORA

Le top 6

Points principaux à retenir de la 12^e édition
de la Conférence internationale sur la
reproduction, la grossesse et les
maladies rhumatismales

Arthroscopie

Point de vue d'un patient :
accueillir la résilience

Nos héros canadiens en rhumatologie :
la D^{re} Claire Bombardier

Des nouvelles de la SURC :
le prochain chapitre de l'échographie
rhumatologique canadienne

Modèle de vérification de mini-pratique
(mPAM) : surmonter la « peur » des
vérifications de dossier

Prix, nominations et distinctions

Des honneurs rendus aux docteurs May Choi,
Jordi Pardo Pardo, Alan Rosenberg et Murray Urowitz

Nouvelles régionales

Des nouvelles de l'Ontario

Hommage boréal

Les mille visages de l'iniquité

COVID longue : ce que nous savons
et la voie à suivre

La Société de l'arthrite du Canada annonce
le financement des Bourses des étoiles pour
le développement de carrière en 2024

Étoile montante : la D^{re} Arielle Mendel

Formation des internes en rhumatologie
pendant la pandémie de COVID-19

Trouver les rhumatismes pour progresser
pendant la pandémie

La formation en période de COVID-19

Consultation de couloir

Un cas d'inflammation persistante

Lorsque votre patient présente
un rhumatisme psoriasique actif,
DITES TREMFYA®¹

TREMFYA® et TREMFYA ONE-PRESS® :
le financement provincial et fédéral est
dorénavant disponible dans la plupart des
provinces pour les patients adultes atteints
de RP^{1-10*}.

Des restrictions peuvent s'appliquer. Consultez vos listes
provinciales et fédérales respectives pour obtenir tous
les détails sur la couverture et les restrictions^{2-10*}.



TREMFYA®/TREMFYA ONE-PRESS® (injection de guselkumab)
est indiqué pour le traitement du rhumatisme psoriasique actif chez
les adultes. TREMFYA®/TREMFYA ONE-PRESS® peut être utilisé seul
ou en association avec un antirhumatismal modificateur de la maladie
conventionnel (ARMMc) (p. ex. du méthotrexate)¹.

TREMFYA®/TREMFYA ONE-PRESS® est aussi indiqué pour le traitement du psoriasis en
plaques modéré à grave chez les adultes qui sont candidats à un traitement systémique
ou à une photothérapie¹.



**UN coordonnateur BioAdvance® attitré soutient vos patients
en leur offrant une aide au remboursement afin qu'ils puissent
commencer à prendre TREMFYA®/TREMFYA ONE-PRESS®.**

Pour en savoir plus, visitez le site [Janssenpro.ca/fr-CA](https://www.janssenpro.ca/fr-CA)

Veuillez consulter la monographie de produit à l'adresse www.janssen.com/canada/fr/our-medicines
pour obtenir des renseignements importants concernant les mises en garde, les précautions, les effets
indésirables, les interactions, la posologie et les conditions d'usage clinique qui n'ont pas été abordés
dans ce document.

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

RP = rhumatisme psoriasique.

* Alberta, Saskatchewan, Manitoba, Nouveau-Brunswick, Terre-Neuve-et-Labrador, Nouvelle-Écosse, Ontario (PAE), Île-du-Prince-Édouard, et Services
de santé non assurés (SSNA). Veuillez consulter les listes respectives pour obtenir des renseignements sur la couverture et les restrictions.

Références : **1.** Monographie de produit de TREMFYA®/TREMFYA ONE-PRESS® (injection de guselkumab). Janssen Inc. 17 janvier 2024. **2.** Alberta Health. Liste des médicaments admissibles. Résultats de la recherche dans le formulaire. 13 octobre 2023. **3.** Régime d'assurance-médicaments du Manitoba. Formulaire des médicaments admissibles du Manitoba, bulletin n° 129. 21 décembre 2023. **4.** Mise à jour du formulaire pour les régimes de médicaments du Nouveau-Brunswick (N.-B.). Bulletin n° 1122. 18 décembre 2023. **5.** Programme de médicaments sur ordonnance de Terre-Neuve-et-Labrador, bulletin n° 234. 13 décembre 2023. **6.** Formulaire pour la Nouvelle-Écosse, 16 novembre 2023. **7.** Ministère de la Santé de l'Ontario. Programme d'accès exceptionnel - Critères de remboursement des médicaments couramment demandés. 18 décembre 2023. **8.** Santé Î.-P.-É. Formulaire du régime d'assurance-médicaments de l'Île-du-Prince-Édouard. Novembre 2023. **9.** Régime d'assurance-médicaments de la Saskatchewan. Résultats de la recherche dans le formulaire. 16 novembre 2023. **10.** Programme des services de santé non assurés (SSNA). Liste des médicaments admissibles. 30 novembre 2023.



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

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

© 2024 Janssen Inc. | Marques de commerce utilisées sous licence | CP-429532F



Faire le lien : la rapidité de la pensée, le réflexe pavlovien et les retards dans le diagnostic de la spondylarthropathie axiale

Par Philip A. Baer, MDCM, FRCPC, FACR

La spondylarthropathie axiale (axSpA) est malheureusement caractérisée par des retards diagnostiques estimés entre 5 et 9 ans, et ce, malgré des décennies de labeur fructueux visant à mettre au point des critères diagnostiques et de classification, ainsi qu'à rendre plus largement accessibles le test HLA-B27 et l'imagerie par résonance magnétique (IRM). Bien que des études indiquent que la prévalence de l'axSpA avoisine celle de la polyarthrite rhumatoïde (PR), je constate que je peux compter mes patients atteints de PR par centaines, mais ceux atteints d'axSpA par dizaines seulement. Où se trouvent les patients restés dans l'ombre? Peut-être que leurs symptômes sont si légers qu'ils échappent à l'attention médicale, ou bien qu'ils parviennent à gérer eux-mêmes leur maladie, voire qu'ils se tournent vers des chiropraticiens, physiothérapeutes, kinésithérapeutes, ostéopathes et autres praticiens pour trouver un soulagement à leurs maux.

Entre-temps, je constate une tendance récente à l'envoi de patients de plus de 50 ans pour évaluation en cas de découverte radiographique fortuite d'une « sacro-iliite », la question étant de savoir s'ils pourraient être atteints d'axSpA.

Deux de ces patients ont été récemment vus durant deux journées consécutives. L'un d'eux était une femme de 67 ans atteinte de diabète et dont la radiographie de la colonne lombaire indiquait : « On observe une sclérose de l'articulation sacro-iliaque et des éperons bilatéraux. Avis du radiologue : changements dégénératifs importants autour des articulations sacro-iliaques (SI) bilatérales. Une spondylarthrite ankylosante ou une sacro-iliite doit être envisagée ». Lorsque je l'ai vue, elle avait des antécédents de nombreuses blessures au dos liées à son travail, avec une douleur mécanique chronique et absolument aucun signe d'axSpA. Pour faire bonne mesure, un test négatif de l'antigène leucocytaire humain B27 (HLA-B27) accompagnait la demande.

Le lendemain, j'ai vu un homme de 68 ans adressé pour une douleur et une raideur au dos qui s'étaient récemment aggravées. Les radiographies montraient une hyperostose diffuse idiopathique (maladie de Forestier). « Pourrait-il s'agir d'une spondylarthrite ankylosante (SA)? » « Aucun test HLA-B27 n'avait été effectué cette fois-ci, et le rapport de radiographie indiquait : « Hyperostose diffuse idiopathique, discopathie lombaire dégénérative et une légère sclérose et érosion dégénérative de l'articulation sacro-iliaque (SI). Aucune preuve spécifique de SA. » Le patient a déclaré qu'il était prédiabétique, bien que ses taux de glycémie et d'HbA_{1c} étaient tout à fait normaux. Les antécédents indiquaient qu'au cours des deux dernières années, il avait ressenti une très légère tension

chronique dans le milieu et le bas du dos, qui s'aggravait après un effort, tel que jardiner ou se pencher, pendant environ un jour, ce qu'il n'avait jamais ressenti auparavant. Cette douleur n'a pas nécessité de traitement médicamenteux ou autre. L'examen réalisé a révélé une légère restriction des mouvements de la colonne vertébrale. Diagnostic final : maladie de Forestier.

Il semble qu'un réflexe pavlovien soit actif ici, où la mention d'une sacro-iliite sur un rapport de radiographie déclenche une orientation automatique vers un rhumatologue. La présence du mot « dégénérative », immédiatement avant « sacro-iliite », ne semble pas annuler ce réflexe. Tout ceci est très similaire au fait de recevoir des demandes de consultation pour ce qui est clairement de l'arthrose, accompagnées d'analyses de laboratoire démontrant un autre réflexe rhumatologique malheureux, avec des anticorps antinucléaires (ANA), le facteur rhumatoïde (FR), et parfois l'antigène nucléaire extractible, les anticorps anti-ADN double brin et les analyses complémentaires qui ont tous été demandés de manière inappropriée. Nous pouvons spéculer sur les causes profondes de ces réflexes : le manque d'éducation sur les troubles musculo-squelettiques tout au long de la formation médicale, l'épuisement professionnel des praticiens et la rémunération à l'acte dans le domaine des soins primaires sont des idées courantes.

En fin de compte, nous sommes confrontés à un problème d'inadéquation et de mauvaise répartition des ressources. En tant que rhumatologue, mes portes sont ouvertes aux patients atteints d'axSpA pour lesquels nous disposons d'une panoplie de traitements avancés (« le bon patient reçoit le bon traitement au bon moment »). Dans le même temps, mes patients référés sont désormais généralement des patients plus âgés souffrant de lombalgie mécanique et de dégénérescence des articulations sacro-iliaques (« le mauvais patient qui voit le mauvais consultant », tout en occupant un créneau de consultation rare en rhumatologie). Bien qu'il s'agisse d'un problème relativement insignifiant dans une pratique individuelle, ce même problème fait que les services d'urgence sont engorgés de patients nécessitant une admission, alors que jusqu'à 20 % des patients hospitalisés dans les hôpitaux canadiens ne nécessitent pas de soins de courte durée, mais attendent d'être pris en charge pour d'autres niveaux de soins.

Les réflexes conditionnés et la « rapidité de la pensée » sont des principes fondamentaux de la psychologie et de l'économie comportementale, respectivement. *Thinking, Fast and Slow* est un superbe livre de Daniel Kahneman, qui couvre son

Suite à la page 5

COMITÉ DE RÉDACTION DU JSCR

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

RÉDACTEUR EN CHEF

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

CONSEIL D'ADMINISTRATION DE LA SCR

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

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

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

MEMBRES

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

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

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

May Y. Choi, M.D., M.P.H., FRCPC
Professeure agrégée,
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 de médecine,
Université de l'Alberta
Edmonton (Alberta)

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

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

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

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

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

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

ÉQUIPE DE PUBLICATION

Mark Kislingbury
Directeur exécutif

Jyoti Patel
Responsable de la rédaction

Catherine de Grandmont
Rédactrice principale (version française)

Virginie Desautels
Rédactrice junior (version française)

Donna Graham
Responsable de la production

Dan Oldfield
Directeur de la création

Mark Kislingbury
Éditeur

Le JSCR est en ligne!
Vous nous trouverez au
www.craj.ca/index_fr.php

Code d'accès : **craj**

© STA HealthCare Communications inc., 2024. 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 : mars 2024.

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

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

Les projets de recherche passés, présents et futurs de l'ICORA



L'Initiative canadienne pour des résultats en soins rhumatologiques (ICORA) a organisé un webinaire présentant leur six projets passés, actuels et à venir. Les chercheurs ont discuté de leurs résultats, des prochaines étapes et de l'impact de leur recherche sur les soins rhumatologiques et sur leur carrière. Le webinaire est disponible sur demande par le biais du portail de la SCR.

La D^{re} Laëtitia Michou a présenté sa bourse ICORA 2014 : *Measuring the Impact of an Innovative Educational Intervention in Inflammatory Arthritis: A Natural Evolution of the CHU de Québec's Multidisciplinary Information Session*.

Cette étude visait à déterminer si les patients atteints de polyarthrite rhumatoïde (PR) active, débutant la prise ou changeant d'antirhumatismaux modificateurs de la maladie biologiques (ARMM-b) ou de synthèse ciblés (ARMMsci), démontrent de meilleures compétences en matière d'auto-gestion de la sécurité trois mois après avoir bénéficié d'une intervention éducative par rapport aux soins habituels.

Un essai ouvert, à répartition aléatoire et contrôlé a été mené entre octobre 2015 et octobre 2018 auprès de 107 patients atteints de PR qui recevaient un traitement ou chez qui le traitement par ARMM-b ou ARMMsci avait été modifié. Le groupe 1 a bénéficié d'une intervention initiale supplémen-

taire avec un DVD éducatif et une téléconférence. Le groupe 2 a reçu les soins habituels et s'est vu proposer l'intervention après trois mois. À chaque visite, les patients ont rempli le questionnaire BioSecur mesurant les compétences en matière de sécurité des soins personnels, un questionnaire sur les intentions comportementales et le questionnaire sur les croyances relatives aux médicaments (*Beliefs about Medicines Questionnaire* – BMQ).

Aucune différence significative n'a été observée dans le score Biosecure au bout de trois mois. Après avoir regroupé les données des trois premiers mois du groupe 1 et des trois derniers mois du groupe 2, le score moyen du questionnaire BioSecure a augmenté à $7,10 \pm 0,92$ après que le groupe ait reçu l'intervention éducative ($p < 0,0001$). Le taux d'intention comportementale appropriée est passé de 76 % au départ à 85 % après six mois. Il n'y a eu aucun changement dans le BMQ.

Conclusion :

Un DVD éducatif suivi d'une téléconférence semble améliorer les compétences des patients atteints de PR à l'égard de la sécurité des soins auto-administrés dans des situations pratiques.

Faire le lien : la rapidité de la pensée, le réflexe pavlovien et les retards dans le diagnostic de la spondylarthropathie axiale (suite de la page 3)

travail avec Amos Tversky, récipiendaire d'un prix Nobel, et qui explique le comportement humain dans de nombreuses situations courantes. La rapidité de la pensée repose sur des heuristiques et signifie généralement ne pas penser du tout, ce qui conduit à des réponses réflexes telles que sacro-iliite = consultation en rhumatologie. Le réflexe conditionné décrit par Pavlov chez ses chiens fonctionne de manière très similaire : une cloche qui sonne peut déclencher la salivation en prévision d'un repas en l'absence de toute nourriture. Pavlov a reçu le prix Nobel de médecine en 1904 pour ses travaux. Il est intéressant de noter que la question de savoir si Pavlov a réellement utilisé une cloche dans ses expériences est controversée. Selon Wikipédia, l'image de la cloche est attribuée à l'un des rivaux et contemporains de Pavlov, le neurologue russe

Vladimir Bechterev (ou Bechterew). Pour boucler la boucle, Bechterev a été l'un des premiers cliniciens à décrire la spondylarthrite ankylosante en 1893¹, qui portait auparavant le nom de maladie de Bechterew. Il n'aurait certainement jamais pu imaginer les difficultés que nous rencontrerions encore, plus d'un siècle plus tard, pour diagnostiquer cette maladie et le spectre des troubles de l'axSpA.

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

Référence :

1. Bechterew W. Steifigkeit der Wirbelsäule und ihre Verkrümmung als besondere Erkrankungsform. *Neurol Centralbl.* 1983; 12:426-434.

Nouveau groupe de travail sur la santé planétaire



La Société canadienne de rhumatologie (SCR) s'efforce de répondre aux préoccupations environnementales soulignées par ses membres en créant un nouveau groupe de travail sur la santé planétaire. Au cours de l'année écoulée, les membres et leurs collectivités ont été touchés par les inondations et la saison record des incendies de forêt.

Présidé par la D^{re} Stephanie Tom, vice-présidente du conseil d'administration de la SCR, le groupe de travail sur la santé planétaire de la SCR est composé des D^{rs} Sasha Bernatsky, Claire Barber, Beth Hazel, Philip Baer, Fergus To et Molly Dushnicky.

Le mandat du groupe de travail est d'aider les membres à intégrer les principes de la santé planétaire dans leurs pratiques. Des recherches ont montré que le secteur des soins de santé a une empreinte carbone comparable, voire supérieure à celle du secteur aéronautique au Canada et à l'échelle mondiale.

« Compte tenu des répercussions de l'environnement sur la santé humaine, nous avons un rôle naturel à jouer en tant que défenseurs de la santé », déclare la D^{re} Tom, en citant les exemples de l'évacuation de l'hôpital de Yellowknife en raison des feux de forêt et des exacerbations de la pneumopathie interstitielle chez les patients au cours de l'été dernier. « Ces changements environnementaux mettent réellement à l'épreuve la résilience de nos systèmes de soins de santé et notre capacité, en tant que médecins, à fournir des soins longitudinaux aux patients ».

Le groupe de travail s'appuiera sur le travail effectué par l'Ontario Rheumatology Association (ORA), qui a créé la première boîte à outils de durabilité en rhumatologie au monde (disponible à l'adresse <https://ontariorheum.ca/planetary-health-rheumatology-toolkit-now-available>). Il s'agit d'un guide de mise



en œuvre facile à lire pour l'écologisation des espaces de pratique de la rhumatologie, y compris les cliniques et les centres de perfusion. Il existe déjà une boîte à outils distincte pour les personnes qui travaillent dans les hôpitaux et les établissements de soins de longue durée.

La SCR a pour objectif d'élaborer une boîte à outils bilingue mise à jour qui sera diffusée plus largement au sein de la communauté des rhumatologues du pays afin d'obtenir des commentaires et des idées.

« En fin de compte, la santé planétaire en médecine est une question de triple résultat », déclare la D^{re} Tom. « Garantir des soins de qualité aux patients, se préoccuper de l'environnement et réaliser des économies pour le système et même pour les cliniques individuelles. »

L'adoption des principes *Choisir avec soin*, la déprescription, la rationalisation de l'utilisation des équipements de protection individuelle (EPI), le recyclage des conteneurs d'objets tranchants et des plastiques en chlorure de polyvinyle (PVC) et l'intégration des facteurs de risque pertinents pour les patients lors des évaluations sont autant d'exemples de mesures visant à réduire notre empreinte carbone dans le secteur des soins de santé.

La groupe de travail sur la santé planétaire se réjouit d'impliquer et de soutenir les membres dans l'écologisation de leurs espaces de travail. Des mises à jour sur les travaux du groupe de travail seront communiquées au fur et à mesure qu'elles seront disponibles. Si vous avez des questions, des commentaires ou des idées, veuillez envoyer un courriel à info@rheum.ca.



Les mille visages de l'iniquité

Par Stephanie Keeling, M.D., M. Sc., FRCPC; Antonio Avina-Zubieta, M.D., M. Sc., Ph. D., FRCPC; Sasha Bernatsky, M.D., Ph. D.; Ann Clarke, M.D.; Heather Coates; Paul R. Fortin, M.D., M. Ph., FRCPC; Lourdes Gonzalez Arreola; Chery Koehn; Alexandrara Legge, M.D., M. Sc., FRCPC; Kelly Lendvoy; Leanne Mielczarek; Christine Peschken, M.D., M. Sc., FRCPC; Zahi Touma, M.D., Ph. D., FACP, FACR; et Evelyne Vinet, M.D., Ph. D.

Les Canadiens qui s'efforcent de bien vivre avec un lupus érythémateux disséminé (LED) ont souvent du mal à se procurer des médicaments qui pourraient changer leur vie, en fonction de leur lieu de résidence et de leur couverture d'assurance-médicaments. Malgré les efforts de sensibilisation des rhumatologues et de la communauté du lupus, les changements prennent du temps, ce qui a des répercussions négatives considérables sur le système de santé, l'économie et la vie des personnes concernées.

Le LED touche 1 Canadien sur 2 000, avec une prédisposition plus marquée pour les femmes (1 sur 1 000)¹ et affecte davantage les personnes autochtones, noires et de couleur (PANDC) que les caucasiens. De nombreux registres nationaux et internationaux du lupus ont signalé la nécessité de réduire d'urgence l'activité de la maladie afin d'éviter les dommages à long terme, tout en reconnaissant la nécessité de limiter la charge totale de stéroïdes en raison des dommages associés^{2,3}.

L'approbation de ^{Pr}Benlysta (belimumab), par Santé Canada en 2011, a été annoncée comme un changement de situation, en particulier pour les personnes qui avaient épuisé tous les traitements contre le LED. Malheureusement, une recommandation négative de l'Agence canadienne des médicaments et des technologies de la santé (ACMTS) pour le LED, en 2011 et en 2018 (nouvelle soumission), a signifié que pendant longtemps, les formulaires publics à travers le Canada n'ont pas listé ce médicament, sauf en tant que médicament exceptionnel au Québec et pendant un certain temps en Alberta.

L'espoir a été ravivé par l'approbation de SaphneloTM (anifrolumab), par Santé Canada en 2021, qui a reçu l'approbation de l'ACMTS et qui, au cours des derniers mois, a été inscrit sur la liste des médicaments remboursables en Alberta, au Québec et en Ontario, ainsi que sur la liste des services de santé non assurés pour les Premières nations et les Inuits (SSNA). De plus, une nouvelle inscription du belimumab pour l'indication de la néphrite lupique est actuellement à l'étude dans de nombreuses provinces après avoir reçu une évaluation positive de l'ACMTS. Toutefois, à l'exception du Québec, le belimumab n'est pas offert aux Canadiens atteints de lupus érythémateux disséminé dans le cadre d'un régime public, à moins que Glaxo Smith Kline ne soumette une troisième fois sa demande à l'ACMTS et n'obtienne une évaluation positive.

L'optimisme grandit quant à l'augmentation de la couverture publique et, par conséquent, de l'accès à ces produits biologiques dans tout le Canada au cours de l'année à venir; cependant, cela pourrait également servir à accentuer la disparité parmi ceux qui ne seront toujours pas admissibles. Une enquête menée en 2021 sur l'accès aux soins de santé et aux produits pharmaceutiques pendant la pandémie a confirmé que 21 % des adultes canadiens n'ont pas d'assurance privée pour couvrir le coût des médicaments, avec des pourcentages plus élevés chez les personnes

âgées, les immigrants et les personnes racialisées⁴. De nombreuses personnes atteintes de lupus appartiennent à cette catégorie. De plus, les différences de critères de couverture entre les provinces signifient que lorsqu'une personne ayant la chance de prendre un médicament biologique contre le lupus au Québec déménage en Colombie-Britannique, elle risque de perdre la couverture de ses médicaments et le contrôle de sa maladie. Les conséquences à court et à long terme pour les patients sont importantes.

Outre l'absence de couverture publique, d'autres raisons expliquent les disparités de couverture, notamment l'absence de programmes de compassion ou de transition, la participation limitée des sociétés pharmaceutiques (maximum 50 %) et les critères stricts des assureurs privés et des formulaires publics, qui limitent l'admissibilité des médicaments. Ce dernier point reflète la complaisance actuelle des payeurs à l'égard des stéroïdes chez les patients atteints de lupus – selon laquelle, contrairement aux lignes directrices récemment publiées, des doses plus faibles restent acceptables à long terme, une situation qui ne serait jamais acceptée par les rhumatologues pour les patients souffrant d'arthrite inflammatoire. Même les médicaments de référence pour le lupus, comme le mycophénolate mofétil, font l'objet d'un accès restreint dans certaines provinces (par exemple l'Alberta), ce qui exacerbe cette inégalité.

Un plaidoyer à tous les niveaux est nécessaire pour sensibiliser aux disparités dans les résultats de santé entre les PANDC et les personnes de race blanche, et pour remédier à l'inégalité d'accès aux nouveaux médicaments pour les Canadiens atteints de lupus. Lupus Canada a porté cette question sur la Colline du Parlement en décembre 2023, soulignant la nécessité d'un accès équitable aux médicaments pour les patients atteints de lupus.

« Le lupus est une maladie auto-immune chronique méconnue qui requiert l'attention du gouvernement canadien et de ses principaux décideurs. Les traitements spécifiques au lupus financés par l'État permettront de sauver des vies, de réaliser des économies à long terme en matière de soins de santé et, en fin de compte, d'améliorer la qualité de vie des personnes qui doivent faire face à cette maladie débilitante. »

— Leanne Mielczarek, directrice générale de Lupus Canada.

Références :

1. Bernatsky S, Joseph L, Pineau C, et coll. A population-based assessment of systemic lupus erythematosus incidence and prevalence – results and implications of using administrative data for epidemiological studies. *Rheumatology (Oxford)*. Déc. 2007; 46(12):1814-8.
2. Urowitz M, Gladman D, Ibanez D, Su J, et coll. Effect of disease activity on organ damage progression in Systemic Lupus Erythematosus : University of Toronto Lupus Clinic Cohort. *J Rheumatol*. 1^{er} janvier 2021; 48(1):67-73.
3. Fanouriaskis A, Kostopoulou M, Andersen J, et coll. EULAR recommendations for the management of systemic lupus erythematosus: 2023 update. *Ann Rheum Dis*. 2 jan 2024; 83(1):15-29.
4. Cortes K, Smith L. Accès et recours aux produits pharmaceutiques pendant la pandémie. 2 novembre 2022. Disponible à l'adresse www150.statcan.gc.ca/n1/en/catalogue/75-006-X202200100011. Consulté le 5 février 2024.

COVID longue : ce que nous savons et la voie à suivre

Par Mark Bonta, M.D., FRCPC

Qu'est-ce que la COVID longue ou le syndrome post-COVID exactement? Non seulement nous avons échoué à normaliser le nom qui décrit la constellation de symptômes qui se manifestent ou persistent à la suite d'une infection à la COVID-19, mais les critères diagnostic varient quant à eux d'un pays à l'autre¹. Au Canada, nous décrivons le « syndrome post-COVID-19 » caractérisé par 18 symptômes chez des patients susceptibles d'avoir eu la COVID-19 (test formel non requis)². Indépendamment de leur appellation, les similitudes comprennent la fatigue, des symptômes physiques multisystémiques, des symptômes de santé mentale et des troubles du sommeil^{3,4,4}.

Il est intéressant de noter que cet ensemble de symptômes physiques et mentaux invalidants existait depuis des décennies avant la COVID-19. Du syndrome post-Ebola (Afrique occidentale)⁵ au syndrome de la fatigue chronique (Amérique du Nord), ces problèmes de santé décrivent des personnes présentant des symptômes physiques médicalement inexpliqués (SPMI). La sensibilisation centrale, le mécanisme présumé responsable de la douleur chronique, a gagné en popularité en tant qu'étiologie probable, en partie, du SPMI⁶. « Trouble à symptomatologie somatique », utilisé par les psychiatres, est un terme hyperonyme qui décrit les symptômes physiques qui mènent à une dysfonction dans d'autres aspects de la vie. Les troubles à symptomatologie somatique comprennent des problèmes de santé avec physiopathologie connue, tout en intégrant également les patients présentant des SPMI⁷. Des systèmes de notation simples peuvent être utilisés pour déterminer le degré d'affaiblissement vécu par un patient et suivre le fardeau des symptômes somatiques au fil du temps, ce qui est utile pour déterminer des tendances de changements longitudinaux. L'échelle de sévérité des symptômes (ESS)⁸ utilisée pour la recherche sur la fibromyalgie en est un exemple.

Une enquête menée en 2018 auprès de rhumatologues canadiens a révélé que la moitié d'entre eux refuseraient potentiellement des consultations pour la fibromyalgie⁹. Nous avons inventé les termes « patients difficiles » et « patients particuliers », qui sont devenus synonymes de SPMI. Des études ont mis en évidence des préjugés sexistes dans le traitement de la douleur. La liste est longue, et nous attendons avec impatience qu'une clinique pour la COVID longue ouvre ses portes et accepte tous nos patients, résolvant ainsi nos problèmes. Nous devons mettre de côté nos préjugés et nos préférences et reconnaître que nous disposons d'outils pour aider ces patients.

Collectivement, nous devons prendre conscience de l'impact des SPMI dans de multiples domaines (fardeau sociétal, pression sur le système de santé, impact économique, pression familiale) et commencer à aider les 1,5 million de Canadiens (au dernier recensement) vivant avec des SPMI¹⁰, plutôt que

de hausser les épaules et dire « il n'y a rien d'objectivement anormal chez vous » et de poursuivre notre chemin.

Tout d'abord, nous pouvons nous asseoir, écouter nos patients et faire preuve d'empathie à leur égard¹¹. Comme nous le constatons avec une personne affaiblie par une polyarthrite aiguë causée par une polyarthrite rhumatoïde, nos patient(e)s présentant des SPMI sont également souffrant(e)s. Faites preuve d'empathie et rappelez-leur qu'ils ne sont pas seuls, car de nombreux autres Canadiens présentent des symptômes semblables. De merveilleuses ressources (base de données CANCOV, www.DrRicArseneau.ca) abondent et proposent des interventions fondées sur des données probantes, ainsi qu'une multitude de ressources d'information spécifiques aux patients.

Deuxièmement, nous pouvons utiliser notre sens du diagnostic pour nous assurer qu'une affection médicale dont la physiopathologie est connue n'est pas en jeu. En faisant confiance à notre jugement médical et à notre intuition, nous pouvons reconnaître le moment où nous devons orienter nos questions vers les caractéristiques des syndromes de sensibilité centrale et minimiser les investigations excessives. De plus, nous pouvons modifier notre anamnèse afin d'inclure les caractéristiques associées à l'apparition des SPMI¹² (c.-à-d. des traumatismes physiques, des traumatismes sexuels) et dépister chez nos patients les troubles de santé mentale qui sont beaucoup plus fréquents que chez les personnes ne souffrant pas de SPMI¹³.

Troisièmement, nous pouvons plaider pour que nos patients aient accès à un milieu clinique conçu pour répondre à leurs besoins. La gestion interprofessionnelle, avec une collaboration étroite entre les experts en santé mentale et physique travaillant ensemble plutôt qu'en silos, est une chose pour laquelle nous pouvons tous plaider.

Enfin, nous pouvons nous inspirer de la littérature sur la douleur chronique pour reconnaître la dualité corps-esprit et appliquer les stratégies fondées sur des données probantes afin d'améliorer la fonction physique et la qualité de vie¹⁴. La prescription de la thérapie cognitivo-comportementale (TCC), la relaxation basée sur la pleine conscience, la respiration diaphragmatique et les services d'aide psychosociale sont fondés sur des données probantes¹⁵. Travailler avec nos patients et leur donner les moyens de s'approprier leurs symptômes et de s'engager dans un parcours longitudinal d'autogestion peut s'avérer très bénéfique.

Dans l'évolution constante de la médecine, de nouvelles voies de traitement, de guérison et de remèdes potentiels émergent continuellement, exigeant de notre part une attention soutenue. Il nous appartient, en tant que médecins, d'évaluer avec vigilance ces progrès et d'adapter nos

approches en conséquence. Une telle tâche exige un engagement collectif de notre part, de celle de nos patients et de celle des administrateurs des soins de santé. Nous devons maintenir et enrichir la profondeur et le caractère sacré inhérents à la pratique clinique. Avec une bonne dose d'écoute, nous entretenons des relations authentiques et réciproques, favorisant un sentiment d'avoir un but bien précis, partagé entre les cliniciens et les patients, qui transcende les limites des lignes directrices ou des algorithmes normalisés.

Mark Bonta, M.D., FRCPC

Interniste, Toronto (Ontario)

ECHO Ontario – Santé mentale et physique intégrée
(interniste principal)

Clinique interprofessionnelle de télémedecine de l'UHN
(Toronto General Hospital) (interniste principal)

Références :

1. Soriano JB, Murthy S, Marshall JC, et coll. WHO Clinical Case Definition Working Group on Post-COVID-19 Condition. A clinical case definition of post-COVID-19 condition by a Delphi consensus. *Lancet Infect Dis*. 2022 Apr; 22(4):e102-e107. doi: 10.1016/S1473-3099(21)00703-9. Epub 2021 Dec 21. PMID: 34951953; PMCID: PMC8691845.
2. Government of Canada. Post-COVID-19 Condition in Canada: What we know, what we don't know, and a framework for action. December 2022. Disponible au <https://science.gc.ca/site/science/en/office-chief-science-advisor/initiatives-covid-19/post-covid-19-condition-canada-what-we-know-what-we-dont-know-and-framework-action>. Accessed March 2, 2024.
3. Davis HE, McCorkell L, Vogel JM, et coll. Long COVID: major findings, mechanisms and recommendations. *Nat Rev Microbiol*. 2023 Jun;21(6): 408. doi: 10.1038/s41579-023-00896-0.
4. Reid KJ, Ingram LT, Jimenez M, et al. Impact of sleep disruption on cognitive function in patients with post-acute sequelae of SARS-CoV-2 infection: initial findings from a Neuro-COVID-19 clinic. *Sleep Adv*. 2024 Jan 12; 5(1):zpa002. doi: 10.1093/sleepadvances/zpa002. PMID: 38370438; PMCID: PMC10873785.

5. Wojda TR, Valenza PL, Cornejo K, et coll. The Ebola Outbreak of 2014-2015: From Coordinated Multilateral Action to Effective Disease Containment, Vaccine Development, and Beyond. *J Glob Infect Dis*. 2015 Oct-Dec; 7(4):127-38. doi: 10.4103/0974-777X.170495. PMID: 26752867; PMCID: PMC4693303.
6. Clauw DJ, Calabrese L. Rheumatology and Long COVID: lessons from the study of fibromyalgia. *Ann Rheum Dis*. 2024 Jan 11; 83(2):136-138. doi: 10.1136/ard-2023-224250. PMID: 37230736; PMCID: PMC10850638.
7. D'Souza RS, Hooten WM. Somatic Symptom Disorder. [Updated 2023 Mar 13]. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2024 Jan-. Disponible au <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK532253/>.
8. Zhang Y, Baumeister D, Spanidis M, et coll. How symptoms of simple acute infections affect the SSS-8 and SSD-12 as screening instruments for somatic symptom disorder in the primary care setting. *Front Psychiatry*. 2023 Apr 17;14:1114782. doi: 10.3389/fpsyg.2023.1114782. PMID: 37139311; PMCID: PMC10149793.
9. Agarwal A, Oparin Y, Glick L, et coll. Attitudes Toward and Management of Fibromyalgia: A National Survey of Canadian Rheumatologists and Critical Appraisal of Guidelines. *J Clin Rheumatol*. 2018 Aug;24(5):243-249. doi: 10.1097/RHU.0000000000000679. PMID: 29280818.
10. Statistics Canada. Medically unexplained physical symptoms (MUPS) among adults in Canada: Comorbidity, health care use and employment. March 2017. Disponible au <https://www150.statcan.gc.ca/n1/pub/82-003-x/2017003/article/14780-eng.htm>. Consulté le 2 mars 2024.
11. Bradshaw J, Siddiqui N, Greenfield D, et coll. Kindness, Listening, and Connection: Patient and Clinician Key Requirements for Emotional Support in Chronic and Complex Care. *J Patient Exp*. 2022 Apr 12;9:23743735221092627. doi: 10.1177/23743735221092627. PMID: 35434291; PMCID: PMC9008851.
12. Greenman PS, Renzi A, Monaco S, et coll. How Does Trauma Make You Sick? The Role of Attachment in Explaining Somatic Symptoms of Survivors of Childhood Trauma. *Healthcare (Basel)*. 2024 Jan 15; 12(2):203. doi: 10.3390/healthcare12020203. PMID: 38255090; PMCID: PMC10815910.
13. Deumer US, Varesi A, Floris V, et coll. Myalgic Encephalomyelitis/Chronic Fatigue Syndrome (ME/CFS): An Overview. *J Clin Med*. 2021 Oct 19;10(20):4786. doi: 10.3390/jcm10204786. PMID: 34682909; PMCID: PMC8538807.
14. Sanabria-Mazo JP, Colomer-Carbonell A, Fernández-Vázquez Ó, et coll. A systematic review of cognitive behavioral therapy-based interventions for comorbid chronic pain and clinically relevant psychological distress. *Front Psychol*. 2023 Dec 22; 14:1200685. doi: 10.3389/fpsyg.2023.1200685. PMID: 38187407; PMCID: PMC10766814.
15. Nakao M, Shiotsuki K, Sugaya N. Cognitive-behavioral therapy for management of mental health and stress-related disorders: Recent advances in techniques and technologies. *Biopsychosoc Med*. 2021 Oct 3; 15(1):16. doi: 10.1186/s13030-021-00219-w. PMID: 34602086; PMCID: PMC8489050.

La Société de l'arthrite du Canada annonce le financement des Bourses des étoiles pour le développement de carrière en 2024

Le 16 janvier dernier, la Société de l'arthrite du Canada a annoncé les lauréats de la sixième édition annuelle des Bourses des étoiles pour le développement de carrière. Ces bourses offrent un soutien solide à la progression des chercheurs en début de carrière dans la communauté de l'arthrite. Ce programme récompense les universitaires émergents par le biais d'un engagement financier de 375 000 \$ sur trois ans, provenant de la Société de l'arthrite du Canada, combiné à trois autres années de financement provenant de l'établissement hôte.

« Nous sommes ravis de reconnaître et de soutenir l'incroyable travail des chercheurs dévoués à améliorer la vie des personnes atteintes d'arthrite », affirme Siân Bevan, directrice du volet scientifique de la Société de l'arthrite du Canada. « Les Bourses des étoiles pour le développement de carrière reflètent notre engagement continu à stimuler les esprits les plus brillants et la recherche novatrice qui engendrera des retombées significatives sur la compréhension et le traitement de cette maladie dévastatrice. »



Les lauréats de cette année sont :

- D^{re} May Choi, Université de Calgary – *Using artificial intelligence to design new blood tests for autoimmune muscle diseases associated with inflammatory arthritis*
- Nikolas Knowles, Ph. D., Université de Waterloo – *Improving early detection and treatment of shoulder osteoarthritis*

Pour en apprendre davantage sur leurs projets de recherche, visitez le <https://arthrite.ca/chercheurs/resultats>.

Étoile montante : la D^{re} Arielle Mendel

« **L** N'EN TIENT QU'À VOUS...
de devenir rhumatologue...
ou de les amener à nous!!! »

Ce mantra était récité après chaque conférence sur la rhumatologie donnée par les D^{rs} Andy Thompson, Gina et Sherry Rohekar, Janet Pope et Nicole Le Riche, lors de mon premier trimestre en médecine, il y a plus de quatorze ans. Après quelques semaines de cet exercice, j'ai commencé à ressentir une lourdeur et une douleur dans mon bras et ma main droite chaque soir en rentrant de mes cours. J'étais certaine que ma main droite était plus enflée que la gauche. Je voyais mes veines sortir! Convaincue que je souffrais de polyarthrite rhumatoïde ou, pire encore, de fibromyalgie! – Je me suis rendue aux urgences. Évidemment, le médecin m'a dit qu'il n'y avait rien d'anormal dans mon bras ou dans ma main. Il a fallu quelques semaines de plus pour me convaincre, mais mes mystérieuses douleurs au bras ont progressivement disparu (j'ai également commencé à porter mon sac sur l'autre épaule). Croyez-le ou non, je suis sortie du syndrome de l'étudiant en médecine (ayant plus ou moins subi un lavage de cerveau) étant VENDU à la rhumatologie! Lorsque j'ai posé ma candidature pour le stage d'été de la Société canadienne de rhumatologie (SCR), j'étais aux anges lorsque la D^{re} Lori Albert m'a réservé une place dans sa clinique. Grâce à ce stage et à chaque stage d'observation, et stage facultatif, je me suis intéressée de plus en plus à la rhumatologie et, grâce à ma première année de formation à Sunnybrook (et à la D^{re} Shirley Lake) au domaine de la qualité et de la sécurité des patients.

Pendant mon internat en rhumatologie à l'Université McGill, j'ai réalisé que j'aimais traiter les maladies rhumatismales systémiques graves, telles que le lupus et la vascularite (heureusement, cette fois, sans développer d'éruption malaire psychosomatique ou de chute des pieds). Je suis ensuite retournée à Toronto pour faire un stage sur la vascularite et une maîtrise en amélioration de la qualité et de la sécurité des patients. J'ai eu la chance d'être financée par la Société d'arthrite et l'Association des médecins rhumatologues du Québec pour mon projet visant à améliorer la réduction des glucocorticoïdes en temps opportun dans la vascularite. J'ai bénéficié d'une formation exceptionnelle sur la vascularite avec les D^{rs} Christian Pagnoux et Simon Carette, et je leur suis



reconnaissante de leur sagesse clinique et de leurs encouragements tout au long de mes projets.

Les premiers mois de la pandémie ont marqué la fin de mon stage et le début de mon poste de professeure adjointe à l'Université McGill. Les meubles en teck que j'avais hérités de mes parents (z"l) avaient voyagé avec moi de Montréal → à Londres →, de retour à Montréal →, encore Londres →, et deux allers-retours entre Toronto → et Montréal →. Je me suis mise au travail en respectant la description de poste figurant dans ma lettre de nomination à la faculté de McGill : clinicienne à la clinique du lupus et de la vascularite, responsable de la qualité au sein de ma division et...scientifique.

Depuis, avec l'immense aide de mes mentors, je suis reconnaissante d'avoir obtenu une bourse salariale de recherche du Fonds de Recherche du Québec – Santé (FRQS) et des fonds de démarrage de l'ICORA (Initiative Canadienne pour des Résultats En Soins Rhumatologiques) pour étudier l'innocuité et l'efficacité des biosimilaires du rituximab dans la vascularite associée aux anticorps anticytoplasme des polynucléaires neutrophiles (ou ANCA), en collaboration avec mes collègues exceptionnels de la vascularite à travers le Canada. Je suis reconnaissante envers ceux et celles qui sont devenus mes mentors ces dernières années (les D^{res} Sasha Bernatsky, Évelyne Vinet, Inés Colmegna, Paul Fortin, Christian Pagnoux), la D^{re} Gillian Hawker (mon premier modèle en matière de recherche) et ces vedettes de la recherche que j'admire, issues de ma propre « génération » (les D^{res} Nancy Maltez, May Choi, Sabrina Hoa, Lauren King et Valérie Leclair). Entourée de ma famille, de mes amis et de mes mentors, j'ai hâte d'aider mes patients et de collaborer avec les incroyables cliniciens et scientifiques qui m'entourent.

*Arielle Mendel, M.D., M. Sc., FRCPC
Professeure adjointe,
Département de médecine,
Divisions de rhumatologie et de médecine expérimentale,
Université McGill,
Montréal (Québec)*

Formation des internes en rhumatologie pendant la pandémie de COVID-19

Par Adam Kovacs-Litman, M.D., FRCPC

Si le coronavirus (COVID-19) de 2019 n'a pas disparu, nous ne sommes toutefois plus en pleine pandémie. À l'heure où nous écrivons ces lignes, plus de 4,9 millions de cas de COVID-19 ont été recensés au Canada et 58 000 personnes en sont décédées. Il y a encore plus de 5 000 cas hebdomadaires de COVID-19 au Canada, mais ce chiffre est plus gérable par rapport aux sommets atteints au début de la pandémie¹. Les restrictions de voyage, les quarantaines, l'isolement et les tests généralisés ne constituent plus une partie importante de notre réponse à la pandémie de COVID-19. Avec l'adoption généralisée des vaccins, la COVID-19 est devenue moins mortelle et nous nous sommes habitués davantage à vivre avec².

J'ai terminé ma résidence en rhumatologie à l'Université de Toronto en juin 2023. Mes expériences de résidence en rhumatologie et en médecine interne (également à l'Université de Toronto) ont été marquées par la pandémie de COVID-19. Mon internat en médecine interne a été ponctué de ce qui m'a semblé être des cours obligatoires sur les soins de la COVID-19. Je me souviens de la peur et de l'incertitude qui régnaient parmi les internes à l'époque de la pandémie, avant la mise à disposition des vaccins, après le premier cas canadien de COVID-19 diagnostiqué au Sunnybrook Health Sciences Centre³. Plus tard, je me souviens avoir admis d'innombrables patients atteints de COVID-19 lors de gardes de médecine interne, et aussi devoir enlever et retirer soigneusement l'équipement de protection individuelle. Je me souviens d'avoir effectué des rotations dans les unités de soins intensifs des hôpitaux Toronto Western et Toronto General et de m'être habitué à la routine des jeunes patients intubés nécessitant une oxygénation par membrane extracorporelle⁴. Plus égoïstement, je me souviens d'avoir été frustré lorsque mes stages facultatifs en rhumatologie ont été annulés et que beaucoup d'entre nous ont été redéployés pour combler les lacunes critiques dans la prise en charge des patients en raison de la maladie et de l'épuisement professionnel des résidents.

Lorsque j'ai commencé mon internat en rhumatologie, je me suis senti davantage éloigné des premières lignes de fourniture de soins COVID-19, mais la pandémie a continué à nuire à ma formation d'autres manières. L'une des préoccupations que j'ai entendues est la crainte que les rhumatologues qui se sont formés pendant la pandémie de COVID-19 ne manquent de compétences de base en matière d'examen physique en rhumatologie. Bien que de nombreuses cliniques se



sont converties aux soins virtuels, je suis reconnaissant que les cliniques de rhumatologie des hôpitaux de l'Université de Toronto aient continué à privilégier les visites en personne à tous les stades de la pandémie. Cette dernière a toutefois nécessité des changements dans la conception de l'enseignement. Les séances d'enseignement virtuelles sur Zoom sont devenues la norme, et même les grandes conférences de rhumatologie, comme l'Assemblée scientifique annuelle de la Société canadienne de rhumatologie, ont adopté des formats virtuels ou hybrides. Les résidents en rhumatologie se sont de plus en plus tournés vers les excellents supports de formation en ligne en plein essor, tels que le site du Dr Raj Carmona (*rheumtutor.com*), le site du Dr Andy Thompson

(*rheuminfo.com*), le site du Dr Ahmed Omar (*rheumguide.ca*), et le site de la Dre Lori Albert (*rheumexamtlas.com*), pour n'en citer que quelques-uns. Bien que l'apprentissage virtuel ne soit pas sans limites, je suis d'avis que la pandémie de COVID-19 a déclenché des changements éducatifs transformationnels pour le meilleur. L'accès à l'apprentissage sur demande a amélioré mon parcours éducatif et ne pas avoir à me déplacer pour chaque séance d'enseignement a renforcé mon bien-être, ce qui est particulièrement important à la lumière des taux élevés d'épuisement professionnel parmi les praticiens en rhumatologie à tous les niveaux^{5,6}. Alors que nous nous concentrons sur l'après pandémie de COVID-19, j'espère que les personnes impliquées dans la conception de l'enseignement se souviendront non seulement des défis occasionnés par la pandémie, mais aussi des avantages de l'incorporation de l'enseignement hybride et virtuel sur une base continue.

Adam Kovacs-Litman, M.D., FRCPC

Rhumatologue, Sunnybrook Health Sciences Centre and Mackenzie Health

Université de Toronto, Toronto et Richmond Hill (Ontario)

Références :

1. Gouvernement du Canada (2024). Mise à jour sur l'épidémiologie de COVID-19 : résumé. Disponible à l'adresse suivante : <https://health-infobase.canada.ca/covid-19/#a2>. Consulté le 19 février 2024.
2. Detsky AS, Bogoch II. COVID-19 in Canada: experience and response. 2020. JAMA, 324(8), 743-744.
3. Silverstein WK, Stroud L, Cleghorn GE, et coll. First imported case of 2019 novel coronavirus in Canada, presenting as mild pneumonia. *The Lancet*. 2020; 395(10225), 734.
4. Ghelichkhani P, Esmaeili M. Prone position in management of COVID-19 patients; a commentary. *Arch Acad Emerg Med*. 2020; 8(1).
5. Tiwari V, Kavanaugh A, Martin G, et coll. High burden of burnout on rheumatology practitioners. *J Rheumatol Suppl*. 2020; 47(12):1831-1834.
6. McGoldrick J, Molina-Ochoa D, Schwab P, et coll. An evaluation of burnout among US rheumatology fellows: a national survey. *J Rheumatol Suppl*. 2023; 50(9):1185-1190. doi: 10.3899/jrheum.221114.

Trouver les rhumatismes pour progresser pendant la pandémie

Par Gemma Cramarossa, B.H. Sc., M.D., FRCPC

La pandémie de COVID-19 a façonné de nombreux aspects de mon expérience de formation en rhumatologie. De la réduction de l'exposition clinique en personne aux demi-journées académiques virtuelles, en passant par le stress supplémentaire du redéploiement, les défis ont été nombreux. Malgré ces obstacles, le corps enseignant de la division de rhumatologie et mes collègues stagiaires ont enrichi mon expérience d'apprentissage et m'ont aidé à entrer en toute confiance dans la pratique de la rhumatologie après l'obtention de mon diplôme.

Les premiers jours de la pandémie ont été les plus chaotiques. Chaque hôpital universitaire de Toronto avait des directives différentes concernant les soins virtuels et les soins en personne. Ainsi, à tout moment, les stagiaires basés dans différents hôpitaux avaient des expériences cliniques très différentes. Beaucoup d'entre nous s'inquiétaient de ne pas avoir eu une pratique suffisante des injections articulaires et de l'examen physique musculosquelettique, une partie cruciale de notre spécialité. Contrairement aux résidents de nombreuses autres sous-spécialités de la médecine interne, il s'agissait d'une préoccupation unique pour les stagiaires en rhumatologie.

Lorsque nous sommes passés à la rhumatologie, la plupart d'entre nous pensaient que nos jours de médecine interne étaient derrière nous, mais nous nous trompions. La pandémie a entraîné des retards dans les examens du Collège royal et a donné lieu à un redéploiement pour travailler dans les services où sont soignés les patients admis souffrant de la COVID-19. Nous avons étudié pendant si longtemps sans savoir quand et comment nos examens du Collège royal seraient administrés, et ce fut un soulagement de passer enfin l'examen et de nous concentrer sur notre formation en rhumatologie. Cependant, la possibilité réelle d'un redéploiement nous guettait également. Travailler dans le service dédié à la COVID a été une bonne expérience, mais le redéploiement a entraîné une perte d'exposition à la rhumatologie. Et si ma seule occasion de procéder à une arthrocentèse du coude se produisait lors de mon

redéploiement? Et si je manquais une occasion rare de voir une nouvelle présentation de la maladie de Still de l'adulte? Néanmoins, nous avons fait notre part du travail et mis à profit nos compétences en rhumatologie en tant qu'experts en tocilizumab et responsables de la réduction de tous les stéroïdes.

Le sens de la camaraderie est au cœur de la communauté rhumatologique canadienne. Comme notre spécialité est plus petite, les cohortes apprennent à bien se connaître non seulement grâce à la formation, mais aussi en participant à des conférences locales, nationales et internationales. Bien que nombre de ces possibilités soient encore offertes virtuellement, le niveau d'engagement est beaucoup plus faible. La socialisation au sein des programmes et des services est déconseillée afin d'éviter la propagation des maladies. La possibilité de tomber malade peut avoir des conséquences négatives potentielles non seulement pour notre propre santé, mais aussi pour celle de nos collègues, de nos familles et de nos patients immunodéprimés vulnérables. En tant que stagiaires, nous attendions avec impatience les mois les plus chauds pour organiser des activités sociales sans promiscuité, comme des pique-niques dans le parc après les demi-journées académiques. C'est en juin 2022, lors de mon dernier mois de formation, que s'est tenu le premier événement en personne et sans masque du service de rhumatologie, lors de notre journée annuelle de la recherche. Il était amusant de constater que les rhumatologues du services ne nous reconnaissaient pas sans nos masques!

Dans l'ensemble, la formation pendant la pandémie m'a appris à faire preuve de plus de souplesse, d'esprit d'innovation et de résilience. Je suis très reconnaissante d'avoir suivi une formation avec l'incroyable cohorte de rhumatologues qui ont vécu les hauts et les bas avec moi.

Gemma Cramarossa, M.D., FRCPC

Rhumatologue

*Vaughan Rheumatology Centre/Mackenzie Health
Vaughan (Ontario)*

La formation en période de COVID-19

Par Gabriel Jeyasingham, M.D., FRCPC

La pandémie du coronavirus (COVID-19) de 2019 a provoqué l'isolement et nous a plongé dans l'inconnu. En tant que résidents en médecine interne, mes collègues et moi-même avons vécu l'expérience unique d'être projetés dans le feu de l'action pour gérer les « salles COVID-19 » au début de 2020, avant que les vaccins ne soient disponibles en quantités suffisantes. Je me suis ensuite retrouvé dans un programme de formation en rhumatologie à la Western University de London, en Ontario, de 2020 à 2022. L'expérience de cette formation est encore fraîche dans mon esprit.

L'impact sociale de la pandémie est facile à apprécier. Je me souviens d'une réunion gênante pour un résident en fin d'étude, au cours de laquelle nous tous, résidents et professeurs masqués, avons posé pour une photo à six pieds de distance les uns des autres. Les activités d'apprentissage en soirée, qui étaient courantes les années précédentes, ont été interrompues. Ayant passé la plupart de mes journées à la clinique ou dans mon appartement, j'ai quitté la ville de London à la fin de mes études, sans pratiquement l'avoir explorée.

Certaines expériences sont restées intactes grâce au virtuel. Les demi-journées académiques, les conférences et même notre service de consultation de rhumatologie pour les patients hospitalisés – tout était virtuel. Au début de ma formation en rhumatologie, la plupart des rendez-vous à la clinique se faisaient par téléphone. Dans certains cas, l'hôpital autorisait les patients de se rendre à la clinique en cas de poussée sévère de leur maladie ou s'ils devaient recevoir des injections de corticostéroïdes. Dans une spécialité où l'examen physique est d'une importance capitale, j'ai d'abord craint une sous-exposition. Les programmes de formation en rhumatologie de tout le pays avaient également adopté récemment un système d'enseignement médical axé sur les compétences (EMAC), dans lequel l'observation directe et régulière des résidents est obligatoire. Il était difficile de répondre à cette exigence en plaçant les soins virtuels au premier plan.

Ces préoccupations se sont ensuite dissipées avec la réouverture progressive des cliniques, mais un autre pro-



blème est rapidement apparu. Les patients ont envahi nos emplois du temps et nos effectifs ont chuté avec l'apparition de variantes de la COVID-19. Les collègues positifs à la COVID-19 ont dû s'isoler et les résidents en rotation des autres spécialités ont été redéployés de nos cliniques vers les services en milieu hospitalier. Nous manquions de personnel. Mon programme a conservé mon expérience de formation en protégeant les résidents en rhumatologie d'un redéploiement, mais ceux d'entre nous qui sont restés dans les cliniques ambulatoires ont dû faire face à des défis importants pour gérer les volumes de patients. Après une longue résidence en rhumatologie, j'ai pris plusieurs mois de

repos pour me détendre avant de commencer ma pratique indépendante.

Toutefois, la pandémie a eu des effets bénéfiques inattendus. Pendant cette période, l'internat a été l'occasion de tisser des liens étroits avec des collègues et des mentors; nous étions unis contre un ennemi commun (ou plutôt, un agent pathogène). Ce solide réseau collégial m'a apporté beaucoup de soutien au début de ma carrière de rhumatologue. Les soins virtuels continuent d'avoir leur utilité, apportant la flexibilité nécessaire aux opérations quotidiennes de la pratique clinique. Une bonne connaissance des tribulations de l'internat, forgée à partir d'une première expérience, sera à la base de mon rôle d'éducateur pour les étudiants en médecine et les internes à l'avenir.

Malgré le chaos de la pandémie, j'ai terminé mon internat en ayant suffisamment confiance en mon sens clinique et en étant conscient des lacunes en matière de compétences ou de connaissances qui pourraient être comblées au fil du temps. Je ne peux pas évoquer toutes les façons dont la pandémie a influé sur mon parcours en tant que rhumatologue; certaines d'entre elles peuvent encore se trouver dans mon subconscient. C'était tout simplement une expérience unique.

*Gabriel Jeyasingham, M.D., FRCPC
Rhumatologue,
Rhumatologie de Waterloo, Waterloo (Ontario)*

Points principaux à retenir de la 12^e édition de la Conférence internationale sur la reproduction, la grossesse et les maladies rhumatismales

Par Stephanie Keeling, M.D., M. Sc., FRCPC, au nom de Neda Amiri, M.D., M.H. Sc., FRCPC; Maeve Gamble, M.D., FRCPC; Stephanie Garner, M.D., FRCPC; Shahin Jamal, M.D., M. Sc., FRCPC; Dharini Mahendira, M.D., M. Sc. C.H., FRCPC; Viktoria Pavlova, M.D., FRCPC; Natalia Pittman, M.D., M. Sc., FRCPC; et Jodie Reis, M.D., FRCPC

Un fort contingent de rhumatologues canadiens a participé à la 12^e édition de la Conférence internationale sur la reproduction, la grossesse et les maladies rhumatismales au début du mois de septembre 2023, à quelques pas de la gare de Paddington et du quai 9¾ à Londres, en Angleterre. Cette réunion collaborative, à laquelle ont participé des spécialistes et des professionnels de la santé, a permis d'obtenir des renseignements approfondis et actualisés sur la santé des femmes dans la période périnatale ainsi qu'une réflexion importante sur l'incidence des changements de politique sur la santé des femmes.

Nous avons résumé les points importants des principaux aspects de la santé des femmes.

1. L'avortement

L'incidence de l'annulation de l'arrêt Wade contre Roe (politique d'avortement de Dobbs) a été communiquée par des collègues rhumatologues américains, qui ont fait état d'un plus grand nombre de bébés vivants, de déplacements pour avorter, d'une augmentation du taux de ligatures des trompes et de salpingectomies. Les implications pour la pratique américaine comprennent la remise en question de l'innocuité de la prescription du méthotrexate et du mofétilmycophénolate (MMF) sans contraception concomitante. Un outil utile connu sous le nom de REMS (*Risk Evaluation and Mitigation Strategy*) a été présenté comme une stratégie possible pour l'utilisation des MMF dans les cliniques de rhumatologie. (<https://www.mycophenolaterems.com/Resources/Docs/PatientResourceKit.pdf>)

Des questions importantes sur le degré d'information des patientes en fonction des conseils que nous leur prodiguons sur la grossesse et les risques pour le fœtus lorsque nous prescrivons des médicaments tératogènes ont été abordées.

Une autre conséquence involontaire de l'évolution des politiques en matière d'avortement pourrait être la difficulté future de mener des essais de médicaments indispensables pendant la grossesse, sans accès à un avortement légal sûr et rapide.

2. La contraception

Les études réalisées au cours des cinq dernières années ont montré une diminution de l'utilisation de la contraception et

des conseils en la matière chez les patientes en rhumatologie, et un décalage entre les attentes respectives des patients et des rhumatologues en matière de conseils sur la contraception. Les raisons pour lesquelles la contraception est moins utilisée et moins conseillée sont le manque de temps, la gêne par rapport au sujet, les limites des connaissances en matière de contraception et le fait qu'elle n'entre pas dans le cadre de la pratique de la rhumatologie. Le manque de données sur l'innocuité et l'efficacité de la contraception chez les patientes atteintes de maladies rhumatismales a été souligné une fois de plus.

3. La fertilité

Des études ont confirmé que les hommes atteints de maladies rhumatismales ont les mêmes préoccupations que les femmes quant à l'impact de leur maladie sur la santé sexuelle et reproductive. Les hommes souffrant de limitations physiques étaient plus susceptibles de trouver que leur maladie nuit à leur pratique sexuelle. L'infertilité reste un sujet de préoccupation pour les patients. Nous avons constaté que les rhumatologues disposent de peu de renseignements sur les traitements de l'infertilité – il s'agit là d'un besoin éducatif non satisfait qui pourrait aider nos patients. Le potentiel de l'inhibition du TNF (*tumor necrosis factor*) pour garantir des issues favorables de la grossesse avec le Syndrome des anticorps antiphospholipides (SAPL) obstétricaux, grâce à l'incidence sur la placentation normale et le remodelage de l'artère spirale, a été présenté avec les 45 premières patientes de l'étude IMPACT et un rapport de cas présentant une grossesse menée à terme dans ce contexte.

4. Les lignes directrices/médicaments/conseils

Les nouveaux critères de classification du syndrome des anticorps antiphospholipides de l'American College of Rheumatology (ACR) et de l'Alliance européenne des associations de rhumatologie (EULAR) de 2023 comprennent un système de points pondérés, des domaines élargis (macro- et micro-vasculaire, obstétrique, valvulaire cardiaque et hématologique) où certains anticorps antiphospholipides (AAPL) recevant des points plus élevés (p. ex. anticoagulant lupique positif persistant), ce qui a permis d'améliorer la spécificité (99 %) et la sensibilité (84 %) par rapport aux critères de classifica-



Contingent canadien de gauche à droite : Shahin Jamal, Maeve Gamble, Dharini Mahendira, Sarah Troster Mahendira, Sarah Troster, Neda Amiri, Stephanie Garner, Viktoria Pavlova, Jodie Reis, Stephanie Keeling et Natalia Pittman.

tion de Sapporo révisés en 2006. Les mises à jour des lignes directrices de la British Society for Rheumatology pour la prescription de médicaments pendant la grossesse et l'allaitement comprennent des modifications dans le calendrier d'utilisation d'anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS), aucune restriction sur l'exposition paternelle et la confirmation continue de l'utilisation sûre des anti-TNF par rapport aux autres traitements avancés disponibles. Le rituximab a été reconnu comme étant assorti de données probantes limitées dans l'ensemble, mais ayant une faible probabilité d'effets nocifs. Il pourrait donc être utilisé pendant l'allaitement, mais doit continuer à être questionné quant à d'éventuelles répercussions sur le développement néonatal, ce qui rend l'énoncé sur l'innocuité moins concluant. La mise à jour des points à considérer de l'EULAR est attendue pour 2024. La nécessité de parler « tôt et souvent » de la dysfonction sexuelle chez

les femmes et les hommes atteints de maladies rhumatismales a été soulignée dans le cadre des lignes directrices de l'American College of Rheumatology (2020).

5. Les considérations pédiatriques

Bien que les vaccinations soient mondialement reconnues comme étant efficaces et importantes, les calendriers de vaccination à virus vivant chez les nourrissons exposés *in utero* à des antirhumatismaux modificateurs de la maladie (ARMM) biologiques ont été reconnus comme étant complexes. Il a été suggéré d'évaluer quel ARMM spécifique était utilisé pour tenir compte des différences de persistance chez le nourrisson, de la structure, du moment de l'exposition pendant la grossesse, du (des) vaccin(s) spécifique(s) et du risque d'infection. Le vaccin contre le rotavirus peut être administré aux bébés qui ont été exposés à des médicaments biologiques anti-TNF *in utero*, selon les recommandations de l'ACR mises à jour en février 2023. Les vaccins non vivants ont été jugés sûrs et il n'a pas été suggéré de modifier le calendrier vaccinal des nourrissons. Malgré une utilisation accrue pendant la grossesse, les taux d'allaitement étaient faibles chez les mères exposées aux anti-TNF, même si les ARMM biologiques sont largement inactivés par les enzymes digestives et que leur absorption systémique est faible.

6. Les considérations propres à la maladie

Chez les patientes atteintes de lupus érythémateux disséminé (LED) et/ou du syndrome des antiphospholipides, il a été recommandé de surveiller les taux de complément au début et tout au long de la grossesse en raison de l'association avec de mauvais résultats de grossesse. L'administration d'AAS à 162 mg par jour à partir de la 11^e à la 14^e semaine d'âge gestationnel a été recommandée chez les femmes atteintes de LED afin de réduire le risque de prééclampsie.

*Stephanie Keeling, MD, MSc, FRCPCP
Professeure de médecine,
Université de l'Alberta,
Edmonton (Alberta)*

Programme de soutien aux patients

PfizerFlex

Une équipe expérimentée et dévouée

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



POLYARTHRITE RHUMATOÏDE

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

LIMITES DE L'UTILISATION

Il ne faut pas utiliser XELJANZ en association avec d'autres inhibiteurs de Janus kinases (JAK) ni avec des immunomodulateurs biologiques (p. ex., des ARMM biologiques) ou des immunosuppresseurs puissants, comme l'azathioprine et la cyclosporine.



XELJANZ/XELJANZ XR, M.D. de PF Prism C.V., Pfizer Canada SRI, licencié
PFIZERFLEX, M.C. de Pfizer Inc., Pfizer Canada SRI, licencié
© 2023 Pfizer Canada SRI, Kirkland (Québec) H9J 2M5





LE PROGRAMME PFIZERFLEX ACCOMPAGNE VOS PATIENTS

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

Pour de plus amples renseignements :

Veuillez consulter la monographie au <https://www.pfizer.ca/fr/nos-produits/xeljanz-tofacitinib-0> ainsi qu'un avis comportant des renseignements importants en matière d'innocuité accessible à l'adresse <https://recalls-rappels.canada.ca/fr/avis-rappel/xeljanzxeljanz-xr-tofacitinib-risque-evenements-cardiovasculaires-majeurs-cancer> pour obtenir des renseignements importants sur les contre-indications, les mises en garde, les précautions, les effets indésirables, les interactions, la posologie et les conditions relatives à l'usage clinique. Vous pouvez également vous procurer la monographie en composant le 1-800-463-6001.

* Il se peut que le programme ne soit pas disponible au Québec.

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

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

Un cas d'inflammation persistante

Par Jason An, M.D., et Dilan Dissanayake M.D., Ph. D.

Présentation du cas

Un homme de 78 ans a été référé en rhumatologie pour une suspicion de polychondrite récidivante. Ses antécédents médicaux étaient marqués par un syndrome myélodysplasique (SMD) confirmé par une biopsie de la moelle osseuse en hématologie.

Il a remarqué pour la première fois une rougeur, une douleur et un gonflement du nez et de l'oreille droite quatre mois plus tôt. Il s'est rendu dans de nombreuses cliniques sans rendez-vous et n'a pas réagi aux nombreux traitements antibiotiques. Il a répondu à un court traitement de stéroïdes, mais les symptômes sont réapparus à la fin du traitement.

Il présentait également de nombreux autres symptômes inexplicables au cours des mois précédents. Il s'agissait notamment de fièvres récurrentes allant jusqu'à 39 °C, d'une perte de poids involontaire de 15 livres, des yeux rouges et douloureux, d'une sécheresse buccale et de douleurs dans plusieurs articulations des mains. Il a remarqué des bosses douloureuses aux avant-bras (figure 1) et une éruption cutanée diffuse qui n'a pas réagi aux crèmes à base de cortisone. Un bilan infectieux complet s'est révélé négatif.

L'examen physique a révélé des pavillons auriculaires rouges, chauds, enflés et douloureux aux deux oreilles, les lobes étant épargnés (figure 2). Il présentait un gonflement douloureux réparti sur six articulations métacarpophalangiennes et interphalangiennes proximales des deux mains. Il présentait des nodules sous-cutanés rouge vif sur les avant-bras et une éruption maculopapulaire diffuse sur le torse. De légers crépitations étaient audibles à la base des deux poumons à la fin de l'inspiration.

Les examens préliminaires ont révélé une pancytopénie avec une hémoglobine de 115 g/L (volume corpusculaire moyen de 114), des plaquettes de $163 \times 10^9/L$ et des leucocytes de $4,1 \times 10^9/L$. Il présentait une élévation de la protéine C réactive (CRP) à 48 mg/l et une vitesse de sédimentation des érythrocytes (VSE) à 43 mm/h, ainsi que des résultats négatifs pour le facteur rhumatoïde, les anticorps antinucléaires et les anticorps anti-cytoplasme des polynucléaires neutrophiles. La biopsie des nodules sous-cutanés a révélé une vascularite leucocytoclasique avec infiltration neutrophile.

L'inflammation multisystémique sur fond de pancytopénie et de SMD chez un homme âgé a fait suspecter un syndrome VEXAS (Vacuoles, Enzyme E1, X-linked, Autoinflammatory, Somatic). L'examen des aspirats de moelle osseuse précédents avec l'hématopathologiste a révélé la présence de vacuoles dans les cellules myéloïdes (figure 3). Un test monogénique a révélé une mutation somatique (p. Met41Leu) dans l'UBA1 à une fraction d'allèle de 73 %, confirmant le diagnostic de VEXAS.

Introduction

En 2020, le premier rapport sur le syndrome VEXAS a représenté un changement de paradigme dans notre compréhension des troubles inflammatoires systémiques somatiques acquis à l'âge adulte¹. Cette maladie est causée par des variantes du gène UBA1 lié à l'X, qui code une des principales enzymes activatrices d'ubiquitine E1 du corps humain. Comme dans le cas de notre patient, la plupart des variantes pathogènes sont dues à des mutations faux-sens de l'acide aminé méthionine en position 41.

Épidémiologie

L'analyse de l'exome d'environ 163 000 personnes dans une cohorte basée sur un système de santé électronique a révélé que près d'un patient sur 13 000 possédait des variantes UBA1, et que toutes ces personnes présentaient rétrospectivement des caractéristiques compatibles avec le syndrome VEXAS². Les auteurs notent que cette fréquence est similaire à la prévalence estimée de la maladie de Behçet (1 sur 10 000) et supérieure à d'autres diagnostics rhumatologiques comme la granulomatose avec polyangéite (1 sur 18 000) et la polyarthrite noueuse (1 sur 33 000). En tant que maladie acquise liée au chromosome X, elle est principalement observée chez les hommes âgés de plus de 50 ans, mais a également été observée chez les femmes dans de rares cas²⁻⁴.

Caractéristiques cliniques

L'identification du syndrome VEXAS se heurte à l'hétérogénéité marquée de sa présentation, qui peut imiter d'autres affections rhumatologiques, notamment la polychondrite récidivante, le syndrome de Sweet, la polyarthrite noueuse, la vascularite des petits vaisseaux, la polyarthrite rhumatoïde, la spondylarthrite séronégative et la maladie de Behçet^{5,6}.

Les caractéristiques habituelles comprennent des symptômes constitutionnels, tels que la fièvre, la fatigue et la perte de poids. L'atteinte cutanée est fréquente et variée, comprenant des dermatoses neutrophiliques, des vascularites ou des lésions nodulaires. Une atteinte pulmonaire (infiltrats, épanchements pleuraux), une atteinte oculaire (épisclérite, uvéite, sclérite) ou une arthrite/arthralgie peuvent également survenir chez près de la moitié des patients. Une proportion significative de patients présente également une chondrite nasale ou auriculaire. Une thrombose artérielle ou veineuse non provoquée survient chez environ le tiers des patients. Une lymphadénopathie peut être présente dans les régions hilaires, médiastinales, cervicales, axillaires et inguinales. Les organes moins fréquemment touchés sont le cœur (péricardite, myocardite), le tractus gastro-intestinal (douleurs abdominales, diarrhée, saignements), les reins (protéinurie, hématurie microscopique) et le système nerveux (neuropathie sensorielle, mononévrite multiplexe).



Figure 1. Bosses douloureuses sur les avant-bras.



Figure 2. Pavillon de l'oreille douloureux et gonflé.

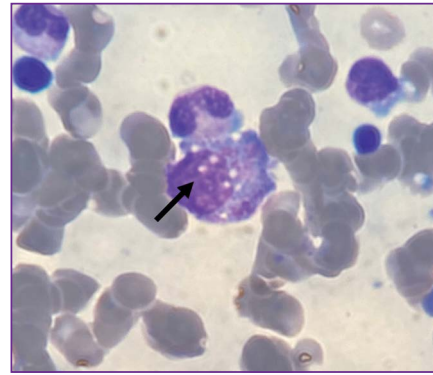


Figure 3. Vacuoles dans les cellules myéloïdes.

Les analyses sanguines révèlent généralement des cytopénies, notamment une anémie macrocytaire, une lymphopénie, une monocytopenie ou une thrombocytopénie. Au moins 50 % des patients présentent également des caractéristiques du syndrome myélodysplasique, avec ou sans gammapathie monoclonale. La VSE et la CRP sont généralement élevées.

Diagnostic

Le VEXAS doit être envisagé chez les hommes âgés présentant une inflammation généralisée dans le contexte d'une anémie macrocytaire et/ou d'une thrombocytopénie. L'observation de vacuoles cytoplasmiques dans les précurseurs myéloïdes et érythroïdes provenant d'aspirats de moelle osseuse de ces personnes est très suggestive du syndrome VEXAS. Un diagnostic définitif peut être établi grâce à un test génétique portant sur les variantes du gène UBA1.

Approches thérapeutiques

La prise en charge multidisciplinaire doit être adaptée aux caractéristiques de la maladie du patient. Le traitement de soutien peut inclure la prophylaxie des infections/vaccination et la prophylaxie de la thrombose si nécessaire. Des corticostéroïdes à forte dose sont souvent nécessaires, bien que les poussées inflammatoires soient fréquentes lors de la diminution du traitement. Les médicaments antirhumatismaux de fond classiques et les inhibiteurs de l'interleukine (IL)-1, de l'IL-6 et des Janus kinases (JAK) ont été utilisés avec un succès variable, bien qu'une grande partie des patients semblent devenir réfractaires au fil du temps⁷. Les cytopénies peuvent être traitées par des agents stimulant l'érythropoïétine et/ou l'eltrombopag. L'azacytidine, un agent hypométhylant, s'est également révélé prometteur pour les cytopénies et l'inflammation chez certains patients^{8,9}. La greffe de cellules souches hématopoïétiques (GCSH) allogéniques peut être une alternative de traitement pour les patients atteints d'une maladie grave ou réfractaire au traitement, bien que l'aptitude à la greffe puisse être limitée par l'âge et l'état de santé général du patient, en particulier s'il y a eu une atteinte importante d'un organe majeur liée au VEXAS. Un diagnostic précoce est donc crucial pour limiter l'inflammation et permettre la possibilité d'une greffe de cellules souches avant l'apparition de lésions organiques étendues.

Conclusion

Le syndrome VEXAS doit être envisagé chez les adultes présentant des symptômes constitutionnels inexpliqués, des cytopénies et une inflammation multisystémique pouvant imiter de nombreux autres diagnostics rhumatologiques. Malheureusement, les taux de mortalité demeurent élevés, avec un taux de survie à 5 ans de 63 %⁶. Des travaux supplémentaires sont nécessaires pour mettre au point des algorithmes de traitement efficaces et fondés sur des données probantes pour cette nouvelle pathologie.

Retour au cas

Le patient a été rapidement traité sous un régime dégressif de prednisone 40 mg par jour et de méthotrexate 25 mg par semaine, par voie sous-cutanée, en tant qu'agent d'épargne stéroïdienne. Il a connu une résolution complète de la chondrite auriculaire et une réponse partielle de l'arthrite, des nodules et de l'éruption cutanée diffuse. La CRP est tombée à 24 mg/L et la VSE à 20 mm/h. La numération cellulaire est restée faible. Un mois plus tard, les manifestations inflammatoires sont réapparues après une réduction progressive des corticostéroïdes à moins de 20 mg. Le ruxolitinib a été envisagé, mais n'a finalement pas été accessible en raison des limitations de l'assurance. Après des discussions avec l'hématologie, l'azacytidine a été mise en place, ce qui a permis de réduire la dose de prednisone à 10 mg par jour. Six mois plus tard, cependant, son SMD a progressé et il est devenu dépendant des transfusions. Il s'est présenté aux urgences avec une dyspnée et une hypoxie et a été admis aux soins intensifs pour une insuffisance respiratoire attribuable à une possible pneumonie. Malgré l'arrêt de tous les immunosuppresseurs et l'administration d'antibiotiques et de vasopresseurs par voie intraveineuse, le patient a développé une défaillance multiorganique et est décédé.

✉ La liste complète des références de cet article est disponible en ligne au cra.j.ca.

Jason W. An, M.D., M. Sc., FRCPC
Professeur adjoint, Division de rhumatologie,
The Hospital for Sick Children, Toronto (Ontario)

Dilan Dissanayake, M.D., Ph. D., FRCPC
Clinicien-chercheur de transition,
Division de rhumatologie, The Hospital for Sick Children,
Professeur adjoint, Département de pédiatrie,
Université de Toronto, Toronto (Ontario)

Point de vue d'un patient : accueillir la résilience

Par Proton Rahman, M.D.

Au cours d'une journée typique de consultation, mes patients font souvent des commentaires sur mon état de santé : « Comment allez-vous, docteur? On dirait que vous vous déplacez mieux aujourd'hui ». Pratiquant dans une ville relativement petite où il n'y a que quelques degrés de séparation entre vous et vos patients, je ne peux pas cacher le fait que je souffre d'arthrite. Sans vouloir minimiser la douleur, l'immobilité et l'incertitude liées à la perte de vision transitoire due à la panuvéïte, il y a un bon côté à la chose, car cela a été une expérience positive lors des échanges avec mes patients. L'expérience partagée favorise une véritable connexion et une compréhension plus profonde de leur parcours, ce qui me permet de compatir aux désagréments courants, tels que le stress associé à l'insertion dans la circulation dense à certains carrefours lorsque vous avez une rotation cervicale limitée.

Plus sérieusement, le fait de pouvoir partager mon expérience universitaire et de défendre les intérêts des étudiants, dans leur parcours académique, revêt une importance particulière pour moi. Le plus grand défi auquel j'ai été confronté dans ma vie, avec la spondylarthrite, a été lorsque j'étais étudiant. Au moment où mon arthrite est apparue pour la première fois, j'essayais de jongler avec le stress et les rigueurs de l'université. J'ai connu de nombreux échecs et j'ai eu du mal à me remettre sur les rails. J'ai été refusée à deux reprises dans des écoles de médecine, avant d'être acceptée à ma troisième tentative, mais il m'a été interdit de postuler à des bourses d'études en raison de ma maladie chronique. Aujourd'hui, si l'occasion se présente, je partage ouvertement ces faits avec mes jeunes patients. Ceux-ci trouvent rassurant, bien que leur maladie puisse avoir un impact significatif sur leurs résultats scolaires, qu'il soit toujours possible de surmonter ce défi.

Je suis fermement convaincu que tous les établissements



d'enseignement, y compris les écoles de médecine, devraient recruter des étudiants qui reflètent nos communautés en ce qui concerne les maladies chroniques et les handicaps physiques. Pour y parvenir, les administrateurs doivent être prêts à faire des compromis en regardant au-delà des mesures de performance traditionnelles et prendre en compte le parcours médical des étudiants. Le fait de s'en tenir rigoureusement à un seuil fixé pour le LCAT, le MCAT ou le GMAT désavantage ceux qui ont été confrontés à la plus grande adversité sur le plan de la santé, car leurs résultats sont plus susceptibles d'être influencés par leur maladie.

Je m'adresse donc mes collègues (pas seulement en rhumatologie) pour leur demander d'envisager de soutenir les étudiants atteints de maladies chroniques afin qu'ils puissent atteindre leurs objectifs académiques. Pour que cela soit possible, vous devrez peut-être pousser vos institutions à être plus flexibles en ce qui concerne leurs politiques d'accueil. Cela peut se faire de manière équitable et transparente, mais demandera beaucoup de temps et d'efforts.

Les personnes atteintes d'une maladie chronique ou d'un handicap doivent continuellement faire face à de multiples problèmes de santé concomitants; c'est comme vivre une vie d'examen – une fois que vous avez franchi un obstacle, il y en a un autre! Si elles bénéficient d'un soutien adéquat, je suis convaincue que les personnes ayant des problèmes de santé importants peuvent réussir dans leurs études. Ainsi, un soutien opportun durant la période la plus difficile peut aider à combler l'écart causée par leur maladie chronique.

Proton Rahman, M.D., FRCPC

*Professeur universitaire émérite, Université Memorial,
Chef du service de rhumatologie – Cellules des services de santé de
Terre-Neuve et du Labrador*

Nos héros canadiens en rhumatologie : la D^{re} Claire Bombardier

La D^{re} Claire Bombardier a eu une carrière très riche et productive qui s'étend sur cinquante ans. Résidente-chef à l'hôpital Royal Victoria de Montréal au début des années 1970, elle était une jeune femme de 20 ans dans une profession essentiellement masculine. Elle a dû faire preuve de force et de persévérance. Après avoir terminé ses études en médecine, elle s'est inscrite à un nouveau programme à l'université Stanford, le *Clinical Scholar Program*, pour étudier l'économie médicale. À son arrivée à Toronto, elle découvre qu'il n'existe pas de programme d'épidémiologie clinique dans cette ville, mais qu'il y a un programme en cours de développement à McMaster (Hamilton). C'est à ce moment-là qu'elle a décidé d'en apprendre davantage sur la conception de la recherche, en lien avec sa formation en économie. Il n'y avait pas de modèles dans ce domaine, ni de femmes, ni d'épidémiologistes cliniques. La D^{re} Bombardier a voulu changer cette situation et s'est profondément engagée dans le mentorat de jeunes chercheurs, de cliniciens et d'étudiants. Elle a joué un rôle important dans le mentorat des stagiaires, en particulier des femmes chercheuses et de personnel diversifié de haute qualité qui dirigent aujourd'hui des programmes innovants en matière d'éducation, de pratique, de politique et de recherche au Canada et à l'étranger, et qui ont connu leur propre succès international en tant que cliniciens-scientifiques, chercheurs et décideurs politiques.

D^{re} Bombardier continue de prouver son engagement de toute une vie à veiller à ce que les personnes ayant une longue expérience co-crée l'innovation dans le système de santé. À maintes reprises, il a été démontré que son travail a eu des effets mesurables aux niveaux local, national et international. Les réalisations de la D^{re} Bombardier ont été soulignées dans les volumes précédents du *JSCR*, notamment une interview réalisée en 2009, lorsqu'elle a reçu le prix du chercheur émérite de la Société canadienne de rhumatologie (2009; 19(1):11-12), et en 2016 pour annoncer son prix du clinicien émérite de l'*American College of Rheumatology* (2016; 26(4):5).

Lorsqu'on lui demande quels sont les points forts de sa carrière, la D^{re} Bombardier en cite plusieurs, notamment la possibilité de travailler dans les pays en développement dans le cadre de l'initiative de la Banque mondiale de la santé et de l'International Clinical Epidemiology Network (INCLIN)



de la Fondation Rockefeller. C'est ainsi qu'elle a participé à la création du programme d'épidémiologie clinique de l'Université de Toronto et qu'elle a contribué au développement de l'Institute for Work & Health. La D^{re} Bombardier a également accepté de nombreuses fonctions de direction dans le domaine de l'enseignement et de la recherche, notamment en tant que directrice de la division de rhumatologie de l'Université de Toronto pendant 13 ans, et en tant que codirectrice scientifique du Réseau canadien de l'arthrite, un centre d'excellence national, pendant 7 ans [2007-2014]. La D^{re} Bombardier a contribué à faire du Canada un chef de file en matière d'épidémiologie, de mesure, de synthèse de la recherche, d'élaboration

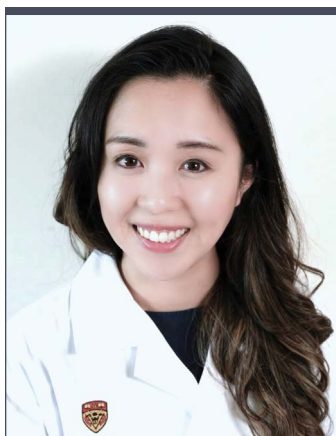
et de diffusion de lignes directrices, ainsi que de transfert et d'échange de connaissances, en mettant l'accent sur l'arthrite et les maladies musculosquelettiques.

Plus récemment, la D^{re} Bombardier dirige l'initiative de recherche sur les meilleures pratiques de l'Ontario (OBRI) depuis 2005. L'OBRI est une plateforme de données collaborative qui suit les patients en soins de routine tout au long de leur parcours clinique. Cette cohorte ontarienne s'est agrandie pour inclure 86 rhumatologues et plus de 4 000 patients afin d'étudier l'innocuité et l'efficacité des traitements pour les patients atteints de polyarthrite rhumatoïde et de polyarthrite psoriasique. La D^{re} Bombardier attribue le succès de ces initiatives et de nombreuses autres aux contributions de collaborateurs et de partenaires intersectoriels et interdisciplinaires.

La D^{re} Bombardier a été exceptionnellement prolifique dans ses écrits scientifiques. Pour citer un exemple, dans le cadre de la préparation du renouvellement de sa chaire de recherche du Canada de niveau I, une analyse bibliographique de ses publications des cinq dernières années l'a comparée à ses pairs locaux de l'Université de Toronto et à ses pairs du Canada, des États-Unis, d'Europe et d'Australie, et a conclu : « La D^{re} Bombardier continue de produire un nombre important de publications et de citations. Dans une sous-analyse portant uniquement sur les articles rédigés par les chercheurs (définis comme étant les articles rédigés par le premier et le dernier auteur), les articles de la D^{re} Bombardier ont donné lieu à une proportion beaucoup plus élevée d'articles parmi les 10 % les

Suite à la page 22

PRIX, NOMINATIONS ET DISTINCTIONS



D^{re} May Choi – Nommée l'une des 40 meilleures personnes de moins de 40 ans par le Calgary Avenue

La D^{re} May Choi a été classée parmi les 40 meilleures personnes de moins de 40 ans en 2023 par le Calgary Avenue Magazine. Ce prix annuel récompense les meilleurs et les plus brillants bâtisseurs de communautés, chefs de file et artistes de moins de 40 ans, qui excellent dans leur carrière, rendent service à la communauté et qui font briller Calgary. La D^{re} Choi a été nommée dans les « 40 meilleures personnes de moins de 40 ans » en raison de son dévouement à aider les patients atteints de maladies rhumatismales auto-immunes et de ses réalisations dans le domaine de la recherche. Elle est honorée de cette reconnaissance et remercie ses mentors, les D^{rs} Marvin Fritzler, Ann Clarke et Karen Costenbader, ainsi que sa famille pour leurs conseils et leur soutien, sans oublier son défunt père, le D^r Vincent Choi, pour l'avoir incitée à suivre ses traces.



D^r Jordi Pardo Pardo – Nommé président par intérim du conseil d'administration de Cochrane

Le D^r Jordi Pardo Pardo a été nommé président par intérim du conseil d'administration de Cochrane lors de la dernière réunion en septembre 2023. Cochrane est un réseau international à but non lucratif qui établit la norme de référence pour la synthèse des résultats de la recherche en santé afin de faciliter les soins de santé fondés sur des données probantes. Les Cochrane Reviews, qui se trouvent dans la Cochrane Library (www.cochranelibrary.com), sont à jour, respectent une méthodologie scientifique rigoureuse et sont exemptes de conflits d'intérêts commerciaux.

Jordi est la personne-ressource pour le soutien méthodologique des lignes directrices de la Société canadienne de rhumatologie.

Nos héros canadiens en rhumatologie : la D^{re} Claire Bombardier

(suite de la page 21)

plus cités que ceux de ses pairs de l'Université de Toronto, du Canada et des États-Unis, et étaient statistiquement similaires à ceux de ses pairs européens ».

À ce jour, la D^{re} Bombardier a publié plus de 400 articles très cités, dont des articles de consensus de groupe, des articles de chercheurs indépendants sur les mesures et les méthodes, des essais contrôlés à répartition aléatoire dans des revues à fort impact, ainsi que le rapport très cité sur l'impact de l'arthrite au Canada (disponible à l'adresse suivante : <https://www.arthritisalliance.ca/fr/>). Plus récemment, ses publications principales explorent les expériences réelles des personnes atteintes d'arthrite inflammatoire dans le cadre des soins habituels. La D^{re} Bombardier est classée 19^e au Canada et 567^e parmi les meilleures femmes scientifiques au monde par *Research.com* (en 2023).

En 2019, lors du gala de la Société de l'arthrite *Trailblazing Women in Arthritis*, la D^{re} Bombardier a reçu le prix inaugural

et a parlé de l'important travail qui attend les professionnels et ceux qui espèrent entrer dans les domaines de la médecine, de la recherche, de l'éducation et de la politique. « Je suis très fière du nombre de femmes puissantes et influentes qui travaillent aujourd'hui dans notre domaine. Mais il est important de se rappeler de ne jamais prendre pour acquis que ces voies sont maintenant ouvertes et disponibles à toutes. D'autres femmes auront besoin de notre aide à l'avenir. Et, plus encore, des personnes issues d'autres communautés auront besoin de notre aide pour surmonter et éliminer les obstacles. Les Canadiens issus de groupes divers et sous-représentés, les réfugiés, les nouveaux arrivants et les personnes vivant avec des handicaps évidents ou non ont besoin de notre soutien pour accéder aux possibilités de formation et de pratique. Nous devons évoluer vers l'inclusion, à l'accessibilité et à l'équité dès la conception; les pratiques inclusives stimulent l'innovation et profitent à tous ».



D^r Alan Rosenberg – Élu membre de l'Académie canadienne des sciences de la santé (ACSS)

Le D^r Alan Rosenberg, rhumatologue pédiatrique à l'Université de Saskatchewan, a été élu membre de l'Académie canadienne des sciences de la santé (ACSS). Les membres de l'ACSS, dont les spécialités représentent un large éventail de disciplines liées aux soins de santé et à la recherche sur la santé, identifient et évaluent les défis liés à la santé et recommandent des solutions stratégiques et réalisables. En tant que membre de l'ACSS, le D^r Rosenberg aura le privilège de collaborer avec d'éminents collègues pour s'attaquer aux principaux problèmes de santé de la société. Il contribuera à mettre en lumière les questions de santé infantile et de rhumatologie pédiatrique, aidera à conceptualiser des plans d'action et veillera à ce que les solutions recommandées par l'ACSS soient efficacement mises en œuvre.



D^r Murray Urowitz – Prix de l'impact global du réseau universitaire de santé (UHN)

Le D^r Murray Urowitz a grandement contribué à notre compréhension de la maladie auto-immune chronique complexe et mortelle qu'est le lupus érythémateux disséminé (LED), notamment en ce qui concerne le traitement des patients et à la prise en charge de la maladie, ce qui permet aux patients de vivre plus longtemps et d'avoir une meilleure qualité de vie. Il est à l'origine de la découverte de l'augmentation de la mortalité cardiovasculaire et des conséquences à long terme liées aux stéroïdes chez les patients atteints de lupus érythémateux disséminé (LED).

Le D^r Urowitz a fondé la première clinique du lupus au Canada en 1970, à l'ancien hôpital Wellesley, avant de la transférer à la Toronto Western Hospital au milieu des années 1990, où elle est toujours en activité. Il a également dirigé la création de la première et de la plus grande base de données sur le lupus en Amérique du Nord. Comme l'a déclaré le D^r Nigil Haroon, « son travail a mis Toronto et l'UHN sur la carte, et ses contributions à la recherche et à la formation continueront à servir les patients du monde entier grâce à des soins excellents et appropriés ».

PRIX, NOMINATIONS ET DISTINCTIONS

Le *JSCR* souhaite reconnaître les contributions de ses lecteurs au domaine médical et à leurs communautés locales. Pour que ces prix, nominations ou distinctions soient annoncées dans un prochain numéro, veuillez faire parvenir les noms des lauréats, les détails pertinents et un bref compte rendu de ces distinctions à l'adresse suivante : JyotiP@sta.ca. Les photos sont vivement encouragées.

Des nouvelles de la SURC : le prochain chapitre de l'échographie rhumatologique canadienne

Par Maria Bagovich, M.D., FRCPC; Abe Chaiton, M.D., FRCPC; et Lihi Eder, M.D., Ph. D.

Nous sommes ravis de vous informer sur les activités récentes de la Société pour l'ultrasonographie en rhumatologie au Canada (SURC). L'occasion de faire partie de ce groupe dynamique de rhumatologues a été un point fort de notre carrière! La SURC encourage la recherche sur l'échographie musculosquelettique et organise des cours de formation pratique pour les praticiens en rhumatologie du Canada et de l'étranger.

Depuis 2009, nous avons vu le groupe grandir et s'adapter à différents défis pour lesquels l'innovation et la collaboration sont la clé du succès! La principale activité éducative de la SURC demeure le cours de base qui enseigne aux rhumatologues les principes fondamentaux de l'échographie musculosquelettique. Le cours a lieu chaque année à Toronto et se déroule pendant deux fins de semaine. Il comprend un apprentissage didactique et pratique, ainsi qu'un apprentissage virtuel entre les séances en personne, les apprenants soumettant des tomographies aux tuteurs pour ensuite recevoir une rétroaction. En 2020, notre monde a complètement changé du jour au lendemain en raison de la pandémie de COVID-19. Avec l'aide de la D^{re} Susan Barr (ancienne présidente), de la Dre Shirley Lake (directrice du cours de base) et d'Alyssa Long (gestionnaire de projet), nous avons été en mesure d'adapter notre cours de base à une plateforme en ligne. Pour évaluer l'efficacité de l'enseignement, la D^{re} Shirley Lake a mené une étude de cohorte observationnelle comparant les résultats d'apprentissage de nos plateformes en ligne à ceux des plateformes en personne utilisées dans le passé.



Photo de groupe du cours de base de la SURC à Toronto.

Depuis 2022, nos cours sont de nouveau en direct; Dr Sahil Koppikar, l'étoile montante, a contribué à élever notre cours de base en aidant la D^{re} Lake à concevoir le certificat de niveau 1 du cours de base de la SURC.

La SURC organise également un cours annuel avancé pour ceux qui souhaitent élargir leurs connaissances en matière d'échographie musculosquelettique au-delà des compétences de base. Notre cours de 2023, intitulé *Ultrasound Guided Cadaveric Procedures* et qui s'est tenu à Ottawa, a été un succès avec les D^{rs} Abe Chaiton, Johannes Roth, Mo Bardi et Alessandra Bruns comme membres du corps enseignant. Il a été démontré que les procédures échoguidées améliorent la précision des injections locales de corticostéroïdes et la satisfaction des patients.

L'apprentissage ne s'arrête jamais, même pour les enseignants de la SURC! Grâce à leurs aptitudes pédagogiques, la D^{re} Sibel Aydin (directrice de la SURC) et la D^{re} Lihi Eder (présidente de la SURC) ont organisé l'événement « enseigner aux enseignants », à Ottawa, en septembre 2023. Le D^r Emilio Filippucci, échographiste de renommée mondiale en Italie, a partagé son approche de l'enseignement de l'échographie musculosquelettique avec les tuteurs actuels de la SURC en matière d'échographie. L'un des obstacles à l'expansion de l'utilisation de l'échographie musculosquelettique au Canada est le manque de tuteurs dans de nombreux programmes de rhumatologie. La SURC vise à former davantage de rhumatologues qui pourront agir en tant que tuteurs dans tout le pays.



Le D^r Mo Bardi et la D^{re} Lihi Eder enseignent le cours de base.



Faculté de direction et de cours de base de la SURC sociale

Une autre initiative visant à améliorer l'éducation est menée par la D^{re} Samar Aboulenain. Elle dirige une étude de recherche éducative qui utilise la théorie de la charge cognitive fondée sur des données probantes pour optimiser l'expérience d'apprentissage de l'échographie musculosquelettique de la SURC (étude de balayage des cartes-questionnaires).

L'une des lacunes reconnues dans le domaine de l'enseignement de l'échographie musculosquelettique est l'absence d'un programme normalisé pour l'enseignement de l'échographie aux résidents. La D^{re} Maria Powell, notre représentante extraordinaire des résidents, a dirigé un projet auquel ont participé de nombreux échographistes experts de la SURC, ce qui a donné lieu aux toutes premières recommandations consensuelles du Canada sur la formation en matière d'échographie musculosquelettique. Le projet du D^{re} Powell a été présenté lors d'une séance plénière à la réunion de l'ACR de 2023, à San Diego.

Comme vous pouvez le constater, la recherche occupe une place importante au sein de la SURC; nous rendons hommage à l'esprit de recherche en décernant chaque année le prix de recherche de la SURC. Cette année, nous avons reçu six excellentes candidatures de rhumatologues en début de carrière pour étudier divers aspects de l'utilisation de l'échographie musculosquelettique dans différentes affections rhumatismales. Notre lauréat est le D^r Thomas Hahn (sous la direction du D^r Mo Bardi) dont l'étude portera sur l'épaisseur de la paroi vasculaire et la pathologie dans l'artérite à cellules géantes.

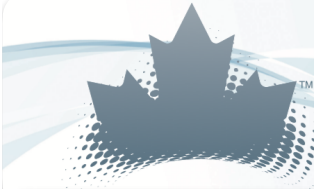
En outre, un article sur la SURC ne serait pas complet sans mentionner notre présidente actuelle, la D^{re} Lihi Eder. Elle est reconnue mondialement pour son expertise dans le domaine de l'arthrite psoriasique et en tant que porte-parole de l'échographie musculosquelettique dans le domaine de la rhumatologie. Récemment, la D^{re} Eder a travaillé avec les D^{rs} Sibel Aydin et Gurjit Kaeley à l'élaboration d'un système de notation de l'échographie musculosquelettique pour l'arthrite psoriasique et à la validation d'un appareil d'échographie musculosquelettique portatif (Clarius).

Nous sommes fiers de partager notre plaisir de l'échographie musculosquelettique avec un public plus large. L'élaboration de nos guides d'ultrasonographie SURC en libre accès (livres numériques), dirigée par le D^r Johannes Roth, a connu un grand succès en ligne sur notre compte Twitter (X) @crussurc. Nos ressources en ligne gratuites sont accessibles à l'adresse : <https://crus-surc.ca/educational-resources/>. Nous remercions les membres exécutifs de la SURC, les D^{rs} Bagovich, Bardi, Chaiton, Penny, Stein, Wilson, Aydin, Eder, Koppikar, Lake, Powell et Alyssa Benoit pour toutes leurs contributions. Nous remercions également AbbVie, commanditaire fondateur, ainsi que Novartis, Eli Lilly Canada Inc, UCB Canada, Janssen, Amgen, Centurion, Esaote et General Electric pour leur soutien continu. Alors que nous nous tournons vers l'avenir, nous sommes à jamais redevables à nos fondateurs (et anciens présidents de la SURC), les D^{rs} Maggie Larché et Johannes Roth. Nous leur souhaitons beaucoup de succès dans leurs nouvelles fonctions! Merci à tous de partager avec nous le plaisir de l'échographie musculosquelettique dans le domaine de la rhumatologie. L'adhésion à la SURC est gratuite et nous serions ravis de vous compter parmi nous lors de notre prochain cours de base/avancé (<https://crus-surc.ca/courses>).

Maria Bagovich, M.D., FRCPC
Chargée de cours, Université de Toronto
Directrice de l'enseignement en ligne de la SURC
Toronto (Ontario)

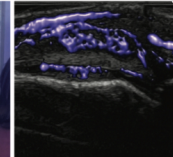
Abe Chaiton, M.D., FRCPC
Professeur adjoint, Université de Toronto
Trésorier de la SURC, Toronto (Ontario)

Lihi Eder, M.D., Ph. D.
Professeure agrégée et clinicienne-chercheuse,
Université de Toronto, Toronto (Ontario)
Présidente de la SURC



CRUS|SURC
Canadian Rheumatology
Ultrasound Society
Société pour l'Ultrasonographie
en Rhumatologie au Canada



WEB: [CRUS-SURC.CA/COURSES](https://crus-surc.ca/courses) | EMAIL: [INFO@ECRUS.CA](mailto:info@ecrus.ca)

Modèle de vérification de mini-pratique (mPAM) : surmonter la « peur » des vérifications de dossier

Par Raheem B. Kherani, B. Sc. (Pharm.), M.D., FRCPC, MHPE; Elizabeth M. Wooster, M. Éd, Ph. D.(c); et Douglas L. Wooster, M.D., FRCSC, FACS, DFSVS, RVT, RPVI

« Est-il aussi facile qu'on le prétend d'obtenir des crédits de la section 3? » se demande la D^{re} AKI Joint, rhumatologue membre de la Société canadienne de rhumatologie (SCR). « Je commence à comprendre l'objectif du cycle d'amélioration de la qualité avec la méthode Planifier-Faire-Étudier-Agir (PFÉA). Je commence même à comprendre comment l'application des connaissances peut fonctionner en rhumatologie, avec toutes les avancées qui ont eu lieu, en particulier en immunologie. Comment appliquer cela à ma pratique? J'ai entendu dire que je pouvais procéder à un examen de dossiers. Mais cela doit-il être aussi complexe que la vérification de dossiers que j'ai effectuée pendant mon stage d'été en recherche de la SCR lorsque j'étais étudiante en médecine? Ce doit être plus simple que cela... »

Un mPAM (modèle de vérification de mini-pratique) est une vérification ciblée et basée sur des modèles de pratique individuels¹. La personne formule ses propres questions pour sa mini-vérification. Pour procéder à celle-ci, un nombre limité de dossiers de patients est examiné, entre 10 à 15 dossiers en général. Le système de notation de l'examen permet de faire une

analyse objective et de cerner les lacunes éventuelles. Les lacunes peuvent être directement mises en correspondance avec des actions spécifiques (système, connaissances, compétences, etc.) pour mettre en œuvre les lignes directrices dans la pratique clinique (figure 1).

En s'appuyant sur lignes directrices de 2018 concernant le lupus érythémateux disséminé (LED) (encadré 1)², les questions relatives à l'évaluation du risque cardiovasculaire peuvent constituer la base d'un mPAM. Les questions définies sont évaluées à l'aide d'une échelle de Likert de 1 à 5. Environ 10 à 15 dossiers sont sélectionnés et les résultats sont compilés (figure 2). Cette vérification offre la possibilité d'examiner les profils lipidiques et d'autres évaluations du risque cardiovasculaire de manière plus cohérente avec les patients atteints de LED. Les lacunes sont identifiées comme

Encadré 1

Évaluation du risque CV d'après les lignes directrices du LED

Chez les adultes atteints de LED, nous recommandons que des indicateurs de l'obésité, du tabagisme, de l'hypertension artérielle, du diabète et de la dyslipidémie soient évalués au moment du diagnostic, puis de façon périodique, en fonction des recommandations actuelles pour la population générale, et qu'ils soient utilisés pour aider à évaluer le risque cardiovasculaire.²

Figure 1

Cycle d'amélioration de la qualité du mPAM

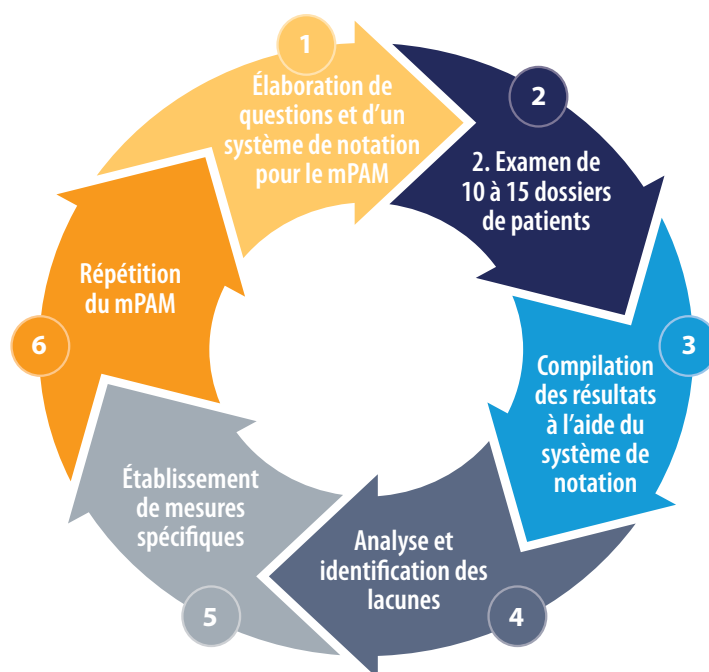


Figure 2

mPAM : Facteurs de risque pour les patients atteints de LED et suivis depuis au moins un an

	Au moment du diagnostic	Au début du traitement	Après 2 ans
Obésité	3,7	2,9	2,8
Tabagisme	4,2	4	3,6
Hypertension artérielle	3,4	4,6	3
Diabète	2,8	3,2	4
Dyslipidémie	1,9	2,6	4,1

étant les cellules qui se situent en dessous du seuil désigné. Lorsque l'on utilise une échelle de Likert de 1 à 5, le seuil est généralement fixé à 3 % ou 60 %. Des activités éducatives et systémiques sont choisies pour traiter les problèmes sous-jacents aux lacunes identifiées. Une fois les activités correctives terminées, un nouveau mPAM est réalisé afin de déterminer si les lacunes ont été comblées. Si l'on souhaite déterminer l'amélioration à long terme, le processus mPAM peut être répété à des intervalles de 6 mois pour déterminer l'impact sur l'évaluation du risque cardiovasculaire des patients, conformément aux lignes directrices de 2018 du LED.

« Cela ne prend donc pas autant de temps que la vérification de dossier que j'ai effectuée pendant mon stage d'été », explique la D^{re} AKI Joint. « J'utiliserai cette approche tous les six mois pour surveiller activement la mise en œuvre des lignes directrices du LED et d'autres lignes directrices dans ma pratique (et pour obtenir des crédits de la section 3 du programme de MDC)^{3,4}. »

Références :

1. Wooster DL. A Structured Audit Tool of Vascular Ultrasound Interpretation Reports: A Quality Initiative. *Journal for Vascular Ultrasound*. 2007; 31(4):207-210. doi:10.1177/154431670703100404.
2. Keeling SO, Alabdurubalabi Z, Avina-Zubieta A, et coll. Canadian Rheumatology Association Recommendations for the Assessment and Monitoring of Systemic Lupus Erythematosus. *J Rheumatol*. Oct. 2018; 45(10):1426-1439. doi : 10.3899/jrheum.171459. Publication en ligne le 1^{er} sept 2018. PMID : 30173152.
3. Kherani RB, Wooster EM, Wooster DL. Crédits de la section 3 du MDC : Cela peut être facile. *JSCR*. Automne 2023; 33(3).
4. Kherani RB, Wooster EM, Wooster DL. Application des connaissances : Qu'est-ce que j'y gagne? *JSCR*. Hiver 2023; 33(4).

Raheem B. Kherani, B. Sc. (Pharm.), M.D., FRCPC, MHPE
Ancien président,
Comité de l'éducation de la SCR,
Directeur de programme et professeur agrégé de clinique,
Université de la Colombie-Britannique
Chef, Division de rhumatologie, Richmond Hospital
Rhumatologue, West Coast Rheumatology Associates
Richmond (Colombie-Britannique)

Elizabeth M. Wooster, B.Comm, M.Éd, Ph. D.(c)
OISE/Université de Toronto
Associée de recherche,
École de médecine,
Toronto Metropolitan University

Douglas L. Wooster, M.D., FRCSC, FACS, DFSVS, RVT, RPVI
Professeur de chirurgie,
Faculté de médecine Temerty,
Université de Toronto

Des nouvelles de la région de Kingston

Par Marie Clements-Baker, M.D., FRCPC

Salutations de Kingston et de ses environs! L'Université Queen's est ravie d'accueillir un nouveau membre du corps professoral, le D^r Akihiro Nakamura. Il nous rejoint après un stage de recherche sur la spondylarthrite (SpA) à l'Université de Toronto. Il a enrichi notre division par sa passion pour la recherche, le travail clinique et l'enseignement. De plus, c'est avec grand plaisir que deux de nos récents diplômés ont rejoint la pratique communautaire du D^r Henry Averns : le D^r Brett Catton et le D^r Bailey Dyck. Malgré cela, nous restons mal desservis avec une circonscription hospitalière très étendue. La D^{re} Jane Purvis clôt sa pratique à Peterborough (félicitations!) et la saturation des rhumatologues d'Ottawa exacerbent la pénurie régionale. La Société de l'arthrite du Canada offre un modèle de soins bien accueilli pour aider à gérer le volume de demandes de consultation. L'ergothérapeute Lynn Richards, praticienne clinique avancée en soins de l'arthrite (ACPAC), est en mesure de d'orienter les patients vers des soins non inflammatoires, et Lisa Robinson, physiothérapeute pour la Société de l'arthrite du Canada, s'efforce de terminer sa formation d'ACPAC. L'Université Queen's entretient depuis longtemps des relations permettant de



La D^{re} Clements-Baker se rend à Moose Factory en hélicoptère depuis l'aéroport de Moosonee.

fournir des soins aux patients des Premières nations à Kingston. Une initiative récente nous a permis une fois de plus de ramener ces soins à Moose Factory. La D^{re} Marie Clements-Baker assurera les consultations dans cette communauté. Cela permettra aux stagiaires en rhumatologie d'y assister et d'élargir leur compréhension des soins sensibles à la culture.

Marie Clements-Baker, M.D., FRCPC
Professeure adjointe, Département de médecine,
Directrice de programme, Division de rhumatologie
Université Queen's

Des nouvelles de la circonscription hospitalière d'Hamilton

Par Faiza Khokhar, M.D., FRCPC

Le groupe de rhumatologie d'Hamilton est triste de voir la D^{re} Maggie Larché déménager à Calgary, laissant derrière elle un héritage d'excellence dans les soins de la sclérodermie. Nous avons également dit au revoir aux D^{rs} Bianchi, Hart, Scocchia et Cividino, qui ont pris leur retraite et dont l'engagement envers nos patients nous manque déjà. Toutefois,



Le groupe de diplômés en rhumatologie de Kingston.

notre groupe a accueilli avec enthousiasme le D^r Konstantinos Tselios de Toronto, spécialiste du LED, et se réjouit que le D^r Noura Al-Osaimi, spécialiste de l'échographie musculosquelettique (MSK-US), nous rejoigne d'Ottawa. Nous avons également accueilli le D^r Reza Mirza en tant que chercheur clinicien. Nous avons aussi d'autres nouveaux praticiens communautaires, dont la Dre Eva Kovacs à Hamilton, les D^{rs} Matt Jessome et Shahna Tariq à St. Catharines, la D^{re} Irena Doubelt à Burlington et le D^r Gabriel Jeyasingham à Kitchener-Waterloo.

Le groupe de rhumatologie pour adulte de McMaster travaille sur l'élaboration d'un système de triage central pour répondre aux demandes locales croissantes, réduire les temps d'attente et améliorer les soins aux patients dans la région. Nous demeurons un centre d'excellence dans le traitement de la vascularite. Nous avons fait de McMaster un site de recherche pour le Groupe de recherche canadien de rhumatologie en immunoncologie (CanRIO). Notre groupe continue d'assurer l'excellence dans les soins aux patients, la recherche et l'éducation.

Faiza Khokhar, MD, FRCPC
Professeure adjointe, Département de médecine,
Division de rhumatologie, Université McMaster

Par Michelle Batthish, M.D., M. Sc., FRCPC

La rhumatologie pédiatrique à Hamilton continue de connaître une croissance considérable au cours des dernières années. Outre les D^{res} Michelle Batthish, Tania Cellucci et Liane Heale, l'équipe



La D^{re} Tania Cellucci, la D^{re} Michelle Batthish, Julie Herrington (ACPAC), la D^{re} Liane Heale et Heather Ross (RN).



Groupe de rhumatologie, comprenant des résidents, lors d'une récente fête de fin d'études.

a accueilli Heather Ross (infirmière), Degen Southmayd (physiothérapeute) et Julie Herrington (physiothérapeute à temps plein formée par l'ACPAC). Le fait de disposer d'une équipe aussi diversifiée et pluridisciplinaire nous a permis de consacrer du temps à l'expansion de nos initiatives de recherche, notamment à l'amélioration de la transition vers les soins aux adultes, à l'étude de l'impact des thérapeutes ACPAC en rhumatologie pédiatrique, et à bien d'autres choses encore!

Nous avons aussi récemment développé le programme Steppingstones pour les enfants de 2 à 5 ans souffrant de déficiences fonctionnelles liées à l'arthrite juvénile idiopathique (AJI) au niveau du pied ou du genou. Ce programme complet comprend un programme d'exercices de six semaines avec un physiothérapeute et peut comprendre une évaluation par un orthésiste. L'objectif du programme est la normalisation de la marche et de la motricité générale. Vous pouvez en savoir plus sur le programme en consultant le lien suivant : <https://youtu.be/5fLgtOvtDlM>

Michelle Batthish, M.D., M. Sc., FRCPC
Chef, Division de rhumatologie,
Professeure agrégée,
Département de pédiatrie,
Université McMaster,
Responsable des soins ambulatoires,
Hôpital pour enfants de McMaster

L'ARMM BIOLOGIQUE LE PLUS DÉLIVRÉ AU CANADA PRESCRIT PAR LES RHUMATOLOGUES*



50 mg UNE FOIS PAR MOIS
À LA MÊME DATE CHAQUE MOIS

DISPONIBLE
DEPUIS



2009

2016

SIMPONI[®], en association avec le MTX, est indiqué pour : 1) la réduction des signes et des symptômes et l'amélioration du fonctionnement physique chez les patients adultes atteints de polyarthrite rhumatoïde modérément à sévèrement active; 2) ralentir la progression des dommages structuraux chez les patients adultes atteints de polyarthrite rhumatoïde modérément à sévèrement active et qui n'ont pas reçu de traitement antérieur par le MTX.

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

Veuillez consulter la monographie de produit à l'adresse janssen.com/canada/fr/our-medicines pour connaître les contre-indications, les mises en garde, les précautions, les effets indésirables, les interactions, la posologie et les conditions d'usage clinique. Vous pouvez également vous procurer la monographie de produit en composant le 1-800-387-8781.

* La portée clinique comparative est inconnue.

AINS = anti-inflammatoires non stéroïdiens; ARMM = antirhumatismal modificateur de la maladie; CRP = protéine C-réactive; IRM = imagerie par résonance magnétique; MTX = méthotrexate; nr-Ax SpA = spondyloarthrite axiale non radiographique; PR = polyarthrite rhumatoïde; RP = rhumatisme psoriasique; SA = spondylarthrite ankylosante.

Référence : Monographie de SIMPONI[®], Janssen Inc., 5 janvier 2024.

© 2024 Janssen Inc. | Marques de commerce utilisées sous licence.
Janssen Inc. | 19 Green Belt Drive | Toronto (Ontario) M3C 1L9 | www.janssen.com/canada/fr
CP-431660F

UN SEUL POINT DE CONTACT.

UN SOUTIEN SUR LEQUEL VOUS POUVEZ COMPTER.

UN SEUL coordonnateur BioAdvance® attitré vous soutient, vous et vos patients, pour :

- Vous aider à obtenir un remboursement et une aide financière;
- Vous aider à accéder aux médicaments le plus rapidement possible;
- Un processus d'inscription simple, initié par un seul appel ou courriel de votre part.



Visitez BioAdvanceSupport.ca

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

Janssen Inc., 19 Green Belt Drive | Toronto (Ontario) | M3C 1L9 | www.janssen.com/canada/fr
© 2022 Janssen Inc. | Marques de commerce utilisées sous licence. | CP-340708F



Chez Pfizer, nous croyons
à la confiance avant tout.

Pfizer a récemment été reconnue à plusieurs titres :

- Première entreprise pharmaceutique au Canada en matière de réputation d'entreprise¹
- Première entreprise pharmaceutique au Canada en matière d'orientation patient²
- L'entreprise pharmaceutique la plus admirée au monde³
- L'une des entreprises les plus éthiques du monde⁴

Références : **1.** Léger. Étude Réputation. 2023 : Palmarès des entreprises les mieux réputées au Canada. **2.** Patient View. The corporate reputation of Pharma in 2021. The patient perspective—Canada edition. The views of 124 patient groups. Publié en juin 2022. **3.** Fortune Magazine. FORTUNE World's Most Admired Companies 2022. <https://fortune.com/company/pfizer/worlds-most-admired-companies/>. **4.** Ethisphere. The 2023 World's Most Ethical Companies® Honoree List. <https://worldsmoethicalcompanies.com/honorees/>.