

# COMORBIDITES DANS LES RHUMATISMES INFLAMMATOIRES CHRONIQUES

## PRISE EN CHARGE

Pr Najia HAJJAJ-HASSOUNI

ACADÉMIE  
NATIONALE  
DE MÉDECINE



ORCID Code QR



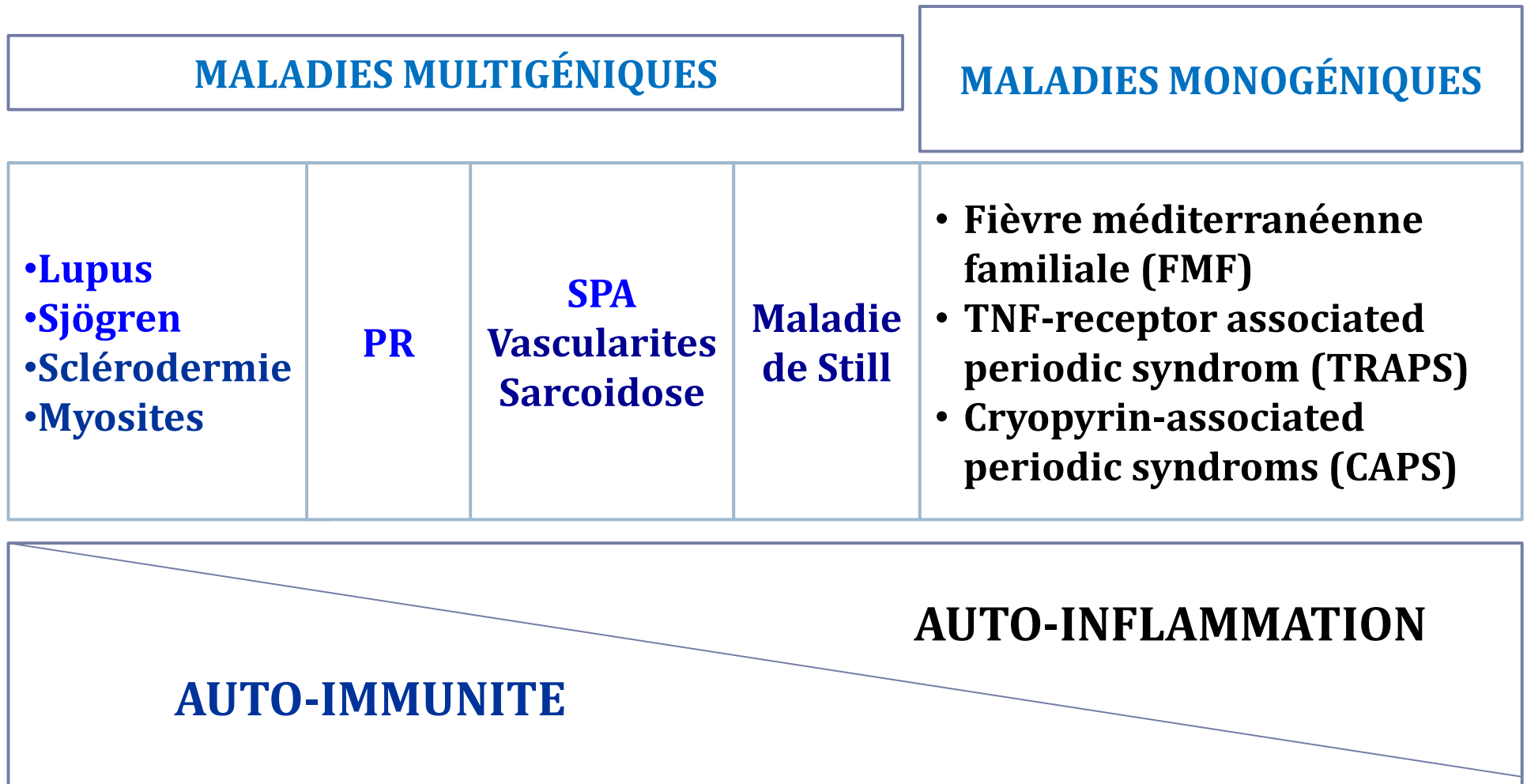
Tanger, 4-5 octobre 2019

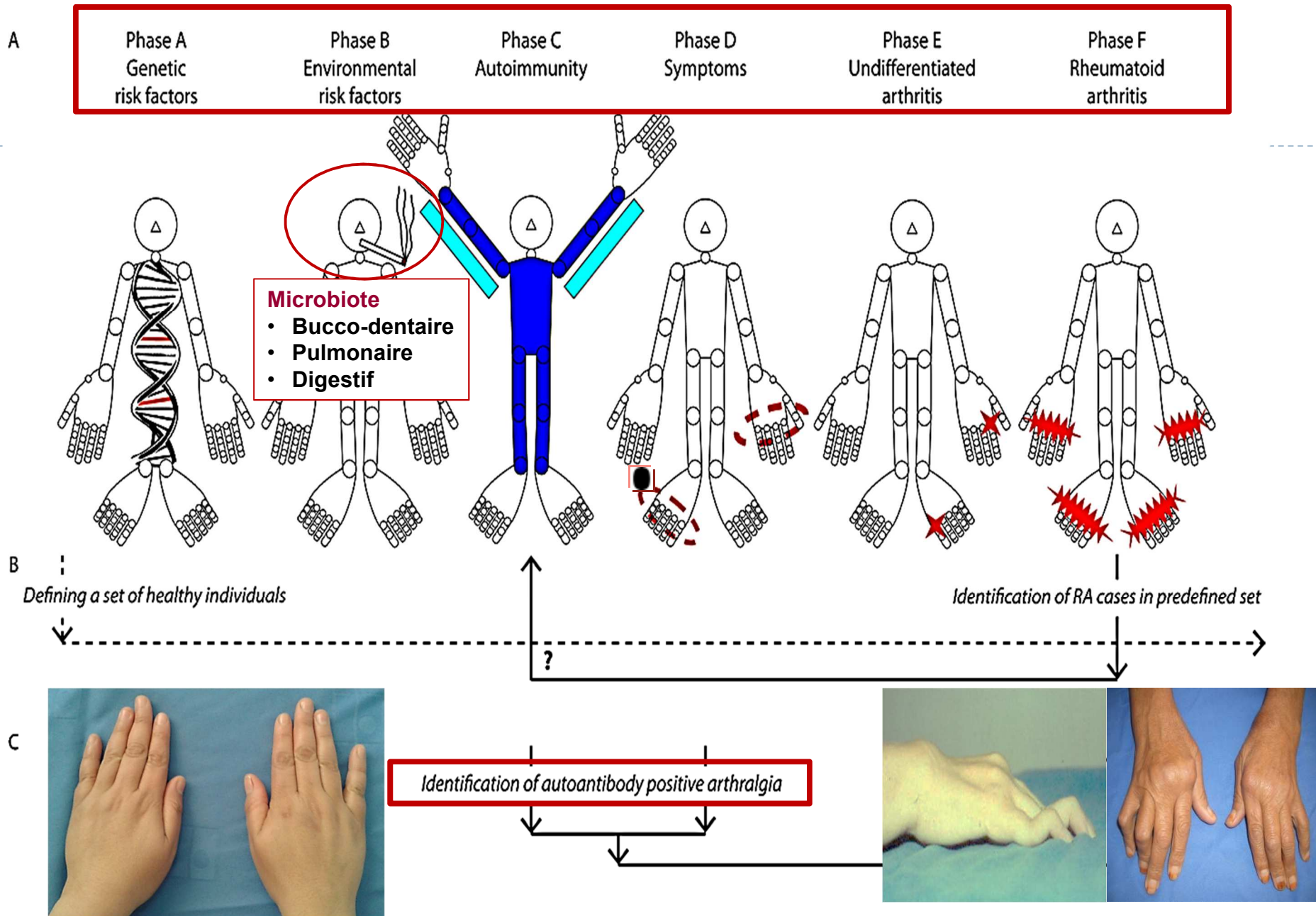
## Conflits d'intérêt

- **Interventions ponctuelles :**

Pfizer, Abbvie, Cooper-Pharma, Roche, Janssen pharmaceuticals, UCB-France, Sothéma

# CLASSIFICATION DES MALADIES AUTOIMMUNES ET AUTOINFLAMMATOIRES

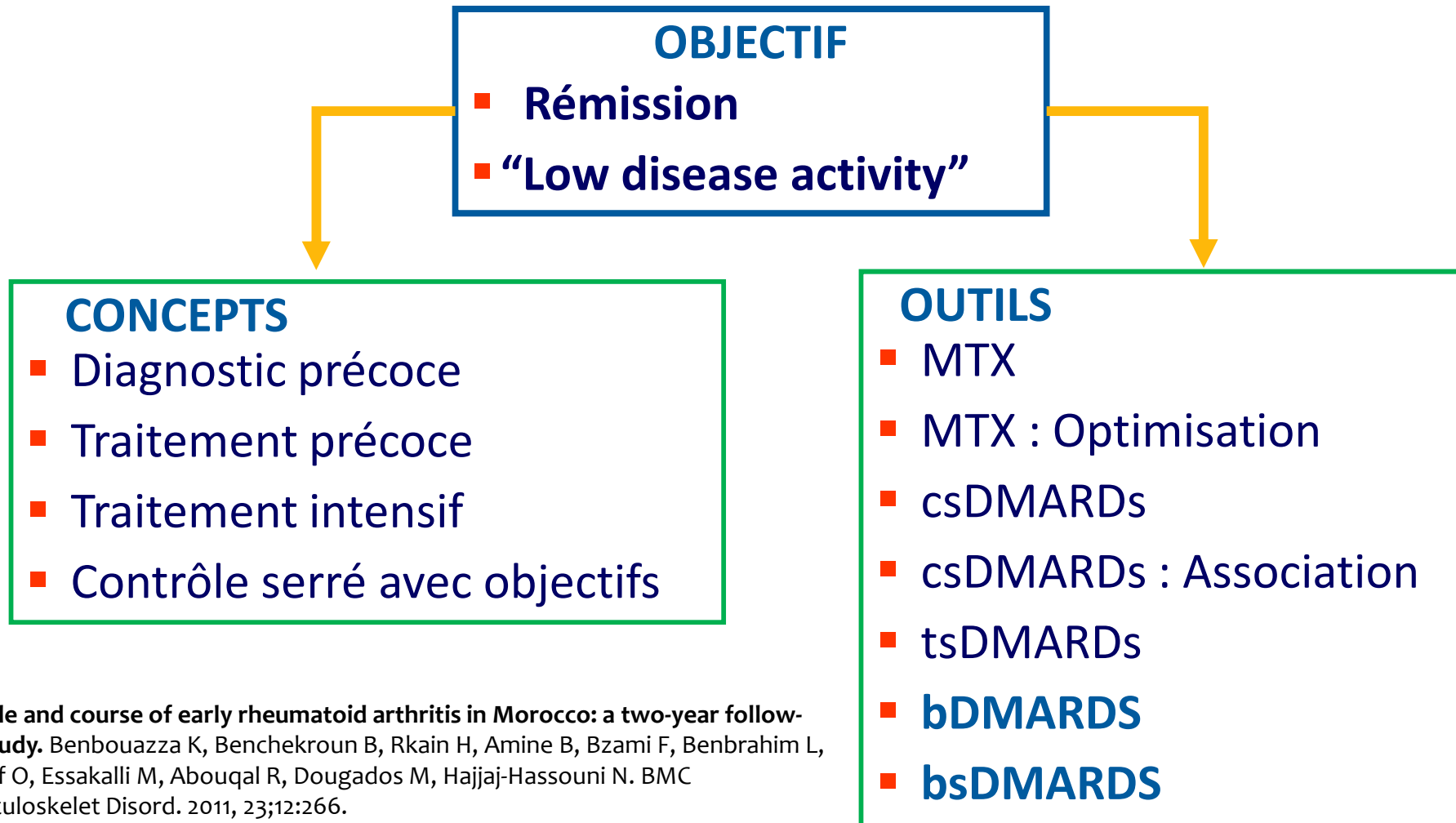




Adapté de van Steenberg et al. Arthritis and Rheum, 2013, 65, 9, 2219–2232

Hajjaj-Hassouni N et coll. SHP, 1994, 70, 1-2, 12-20

# OBJECTIF « RÉMISSION » ET STRATÉGIE « TREAT-TO-TARGET »

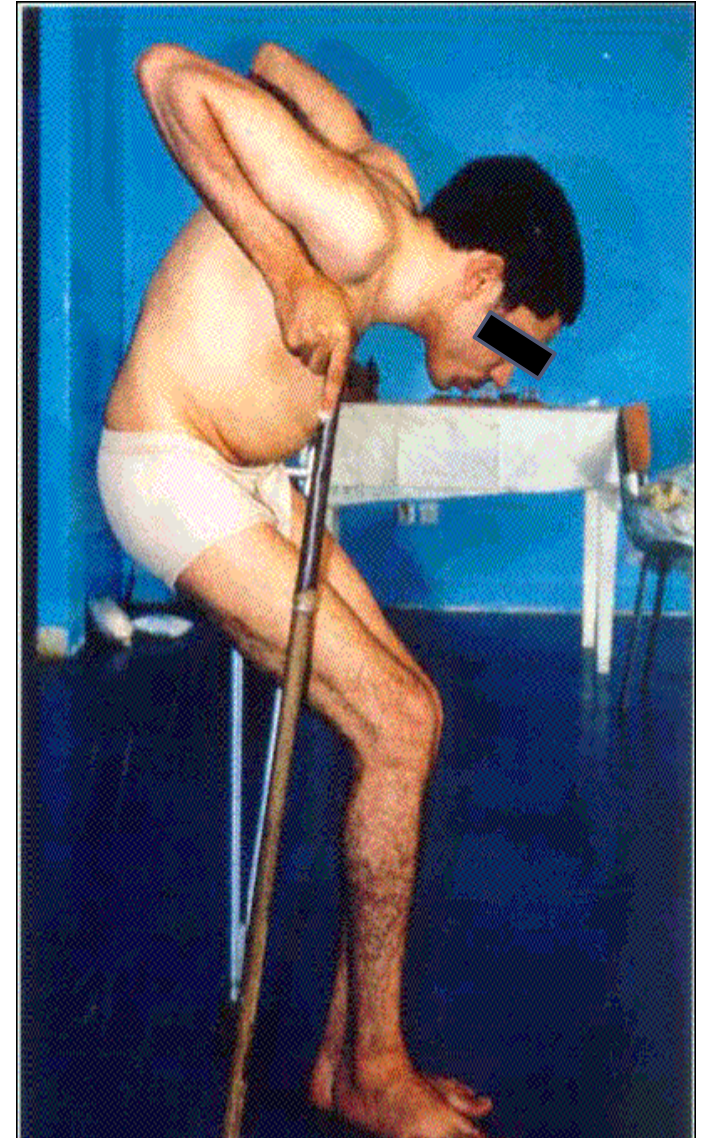


**Profile and course of early rheumatoid arthritis in Morocco: a two-year follow-up study.** Benbouazza K, Benchekroun B, Rkain H, Amine B, Bzami F, Benbrahim L, Atouf O, Essakalli M, Abouqal R, Dougados M, Hajjaj-Hassouni N. *BMC Musculoskelet Disord.* 2011, 23;12:266.

**Remission in early rheumatoid arthritis treated with conventional DMARDs. Results of a two-year follow-up study of El Ayachi Moroccan cohort.** Benbouazza K, Rkain H, Benchekroun B, Amine B, Bzami F, Benbrahim L, Atouf O, Essakalli M, Abouqal R, Dougados M, Hajjaj-Hassouni N. *Joint Bone Spine.* 2012 79(1):43-6.

Adapted from Combe et al. *Ann Rheum Dis.* 2007;66(1):34-45

# SPONDYLOARTHROPATHIES



Phase ~~int~~ radiologique

**SpA - nr**

**FENETRE D'OPPORTUNITE ?**

Phase radiologique

**Critères de New York Modifiés 1984**



**Temps (années)**



Rudwaleit M et al. Arthritis Rheum 2005; 52: 1000-8

Claudepierre P. Spondyloarthritis: a window of opportunity? Joint Bone Spine. 2014;81(3):197-9.

# Recommandation de la Société ASAS

*Assessment of SpondyloArthritis International Society*

pour référer en rhumatologie un patient suivi en MG ou par un  
Spécialiste non rhumatologue pour suspicion de spondyloarthropathie axiale

**Lombalgies chroniques  $\geq$  3 mois, apparues avant l'âge de 45 ans**

*Avec au moins un des paramètres suivants:*

- Lombalgies inflammatoires
- HLA B27
- Sacro-iliite (Rx ou IRM)
- Manifestations périphériques (arthrite, enthésite et/ou dactylite)
- Histoire familiale de spondyloarthropathie
- Manifestations extra-articulaires (psoriasis, MICI et/ou uvéite)
- Sensibilité aux AINS
- Paramètres biologiques de l'inflammation élevés

# COMORBIDITES DANS LES RIC - RATIONNEL

1. Le pronostic des RIC est amélioré par la prise en charge des comorbidités +++
2. RIC: Augmentation du risque CV, carcinologique, infectieux, ostéoporotique...
  - Recommandations pour le traitement/prévention disponibles pour la population générale <sup>1</sup>
  - Certaines de ces recommandations sont spécifiques à la PR (prévention des affections CV, infections...) <sup>1</sup>
3. Ces recommandations doivent être appliquées en pratique quotidienne
  - Importance du rôle du MG<sup>2</sup>
  - Importance du rôle des infirmier(e)s <sup>2</sup>
  - Importance du rôle des patients <sup>3</sup> dans la décision du traitement et dans leurs capacités à évaluer leur santé <sup>4</sup>

1. Dougados M, et al. *Ann Rheum Dis* 2014;73:62–8. 2, van Eijk-Hustings Y, et al. *Ann Rheum Dis* 2012;71:13–19.  
3. Iversen MD, et al. *Ann Rheum Dis* 2010;69:955–63. 4, Cheung P, et al. *Clin Exp Rheumatol* 2013;31:490–7

# Prevalence of comorbidities in rheumatoid arthritis and evaluation of their monitoring: results of an international, cross-sectional study (COMORA)

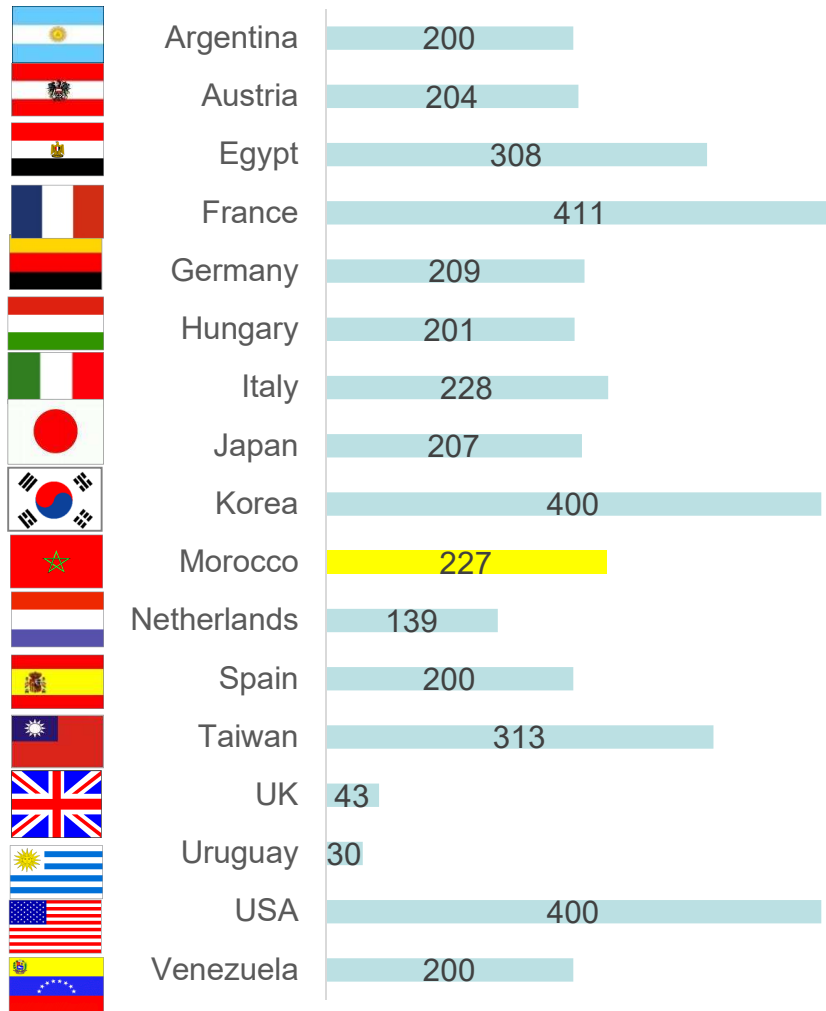
Maxime Dougados,<sup>1,2</sup> Martin Soubrier,<sup>3</sup> Anna Antunez,<sup>4</sup> Peter Balint,<sup>5</sup> Alejandro Balsa,<sup>6</sup> Maya H Buch,<sup>7,8</sup> Gustavo Casado,<sup>9</sup> Jacqueline Detert,<sup>10</sup> Bassel El-zorkany,<sup>11</sup> Paul Emery,<sup>7,8</sup> Najia Hajjaj-Hassouni,<sup>12</sup> Masayoshi Harigai,<sup>13</sup> Shue-Fen Luo,<sup>14</sup> Reka Kurucz,<sup>5</sup> Gabriel Maciel,<sup>15</sup> Emilio Martin Mola,<sup>16</sup> Carlo Maurizio Montecucco,<sup>17</sup> Iain McInnes,<sup>18</sup> Helga Radner,<sup>19</sup> Josef S Smolen,<sup>19</sup> Yeong-Wook Song,<sup>20</sup> Harald Erwin Vonkeman,<sup>21</sup> Kevin Winthrop,<sup>22</sup> Jonathan Kay<sup>23</sup>

[Ann Rheum Dis 2014;73:62-8.](#)

## Evaluer :

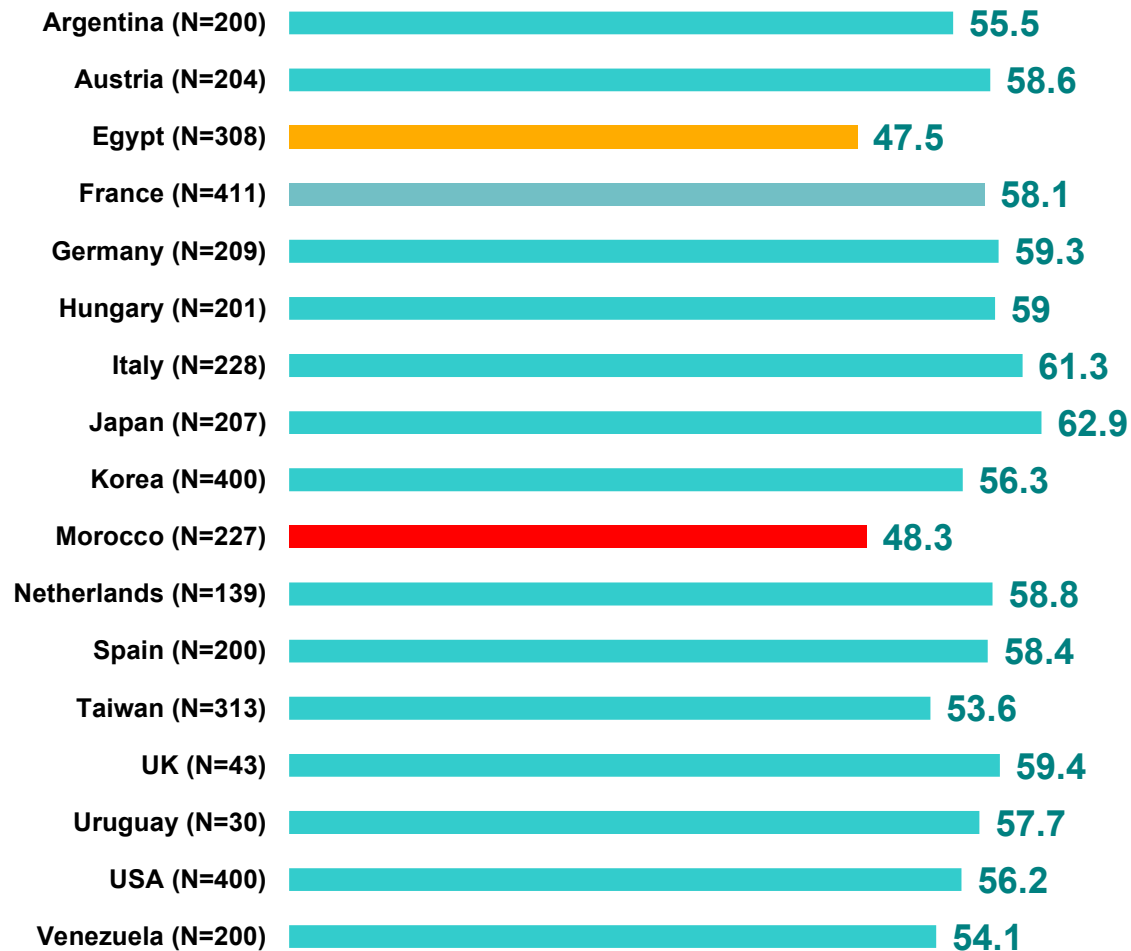
1. % comorbidités *associées* à la PR
2. % comorbidités *détectées* grâce à cette initiative
3. *Ecart entre les recommandations et la pratique quotidienne* dans la prise en charge des comorbidités de la PR

## PARTICIPATION PAR PAYS (17)

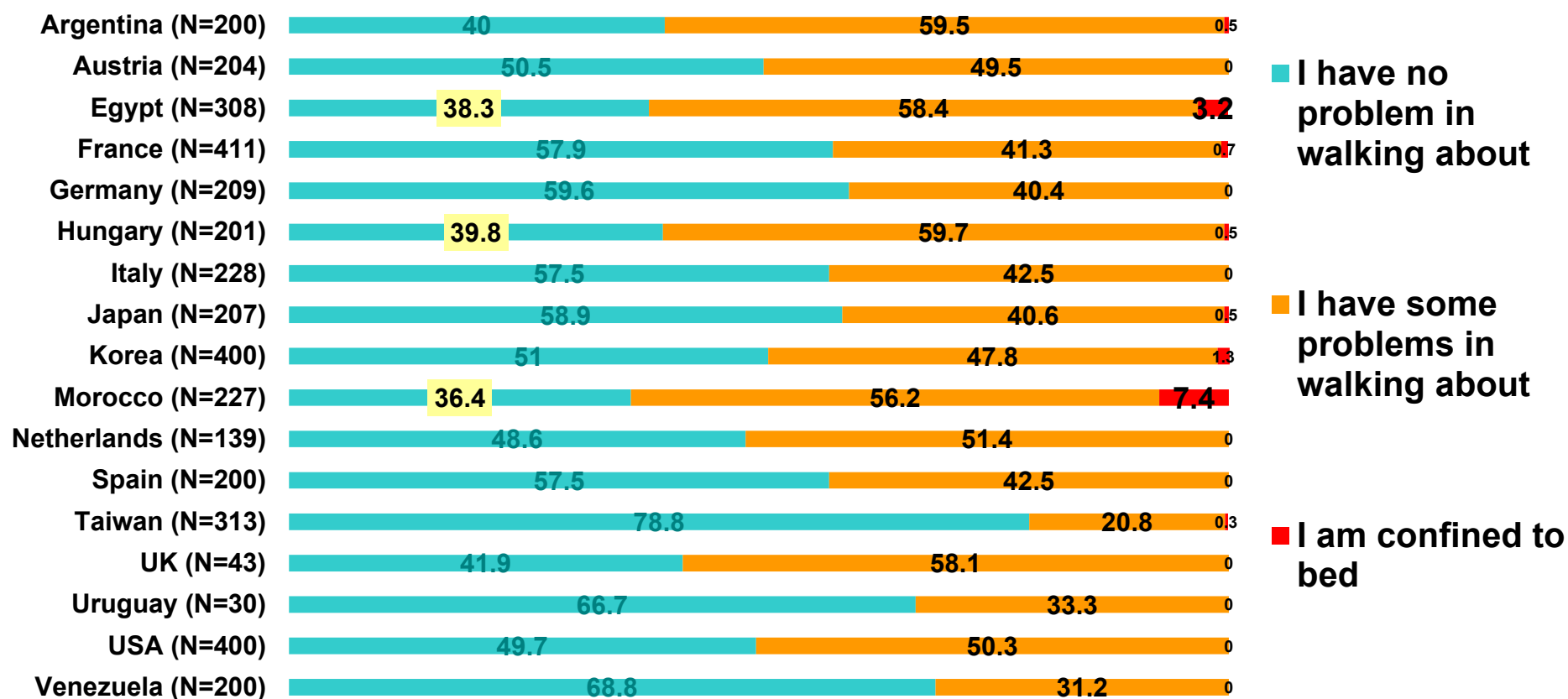


Total included: 4586  
Total analyzed: 3920

## Age (years) = Mean 56.3 ±13.0



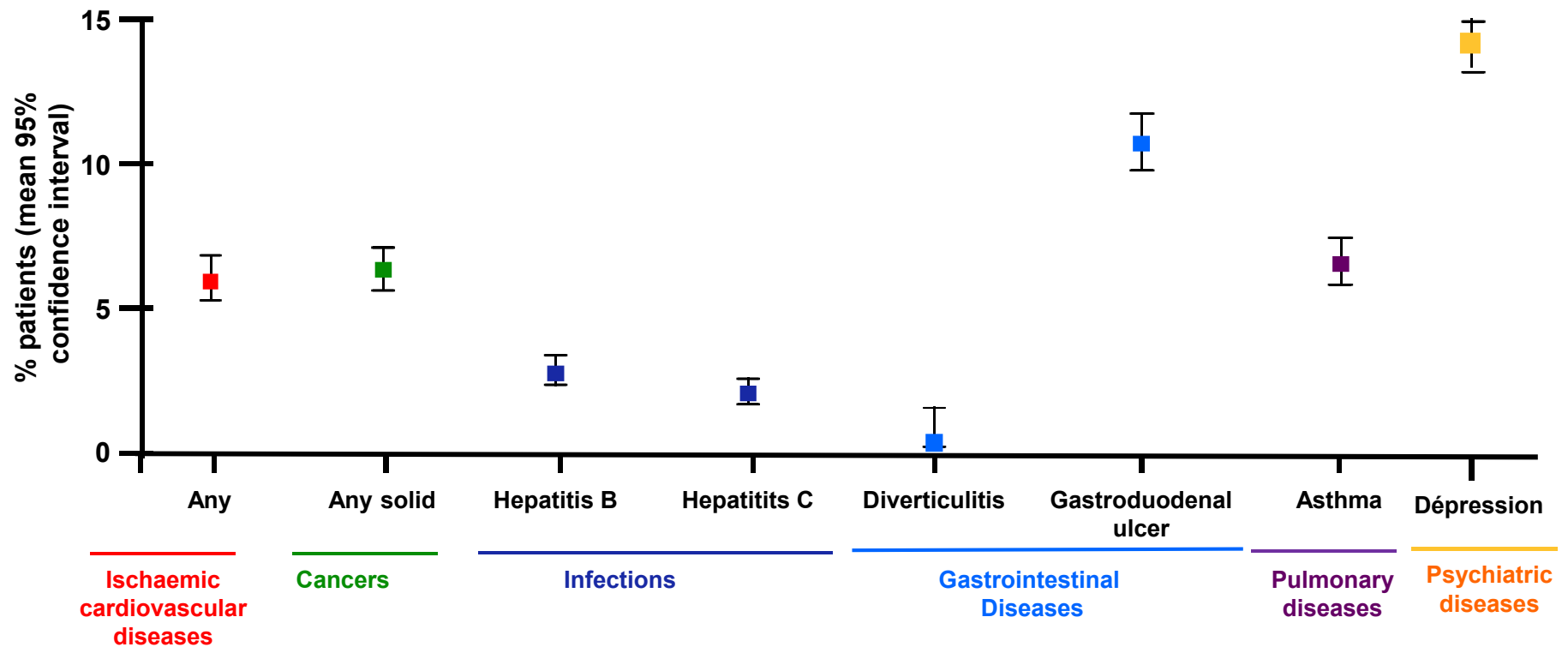
## QUALITY OF LIFE (EQ-5D-3L) Mobility





# PREVALENCE OF EVALUATED COMORBIDITIES

(COMORA: An international\*, cross-sectional, multicentre study of consecutive RA patients in routine care, N = 3920)



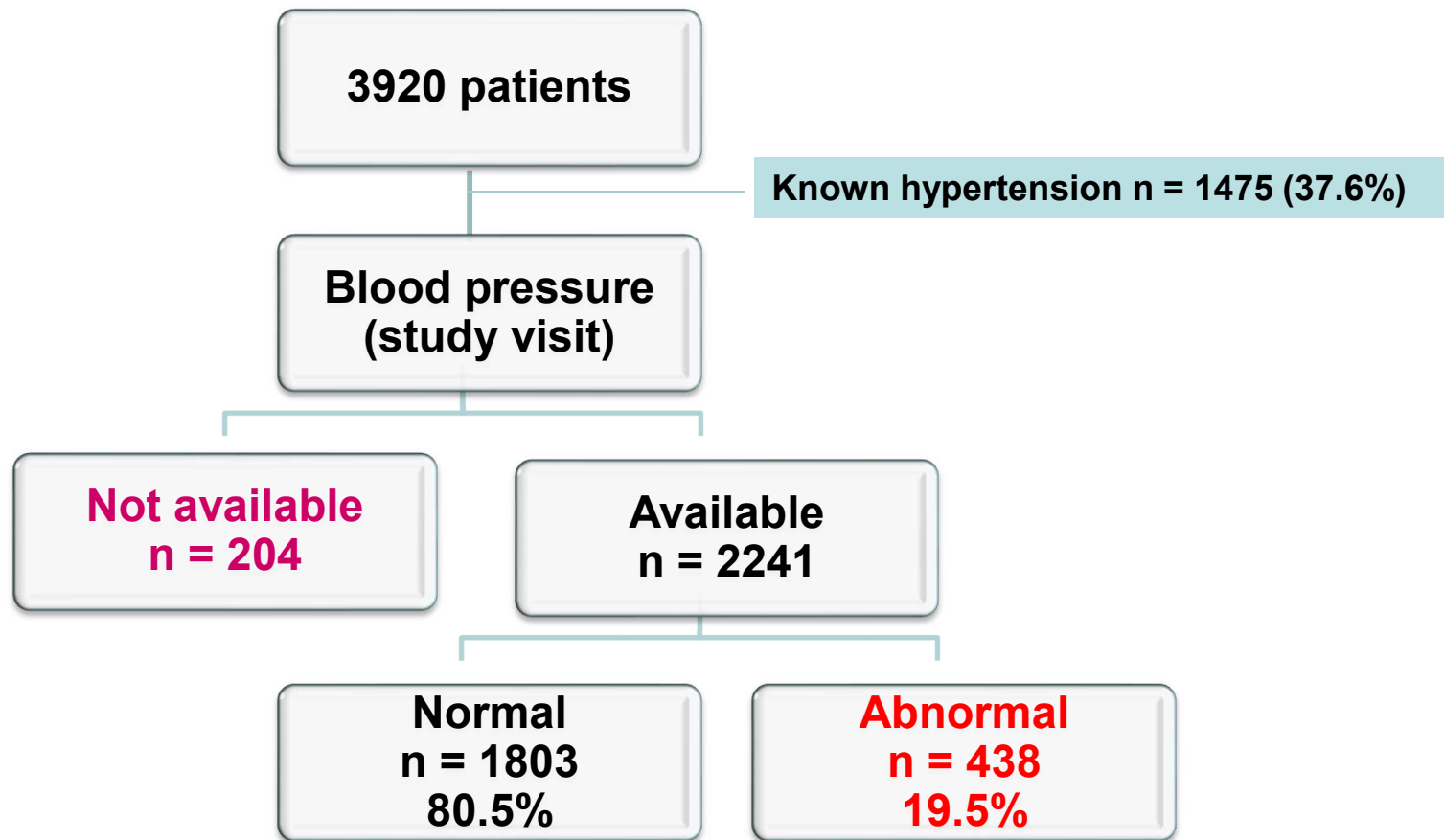
\* Seventeen countries across four continents

[Dougados M et al. Ann Rheum Dis 2014;73:62-8.](#)

[Rkain H, Allali F, Bentalha A, Lazrak N, Abouqal R, Hajjaj-Hassouni N.](#)  
Socioeconomic impact of ankylosing spondylitis in Morocco. Clin Rheumatol. 2007 Dec;26(12):2081-8.

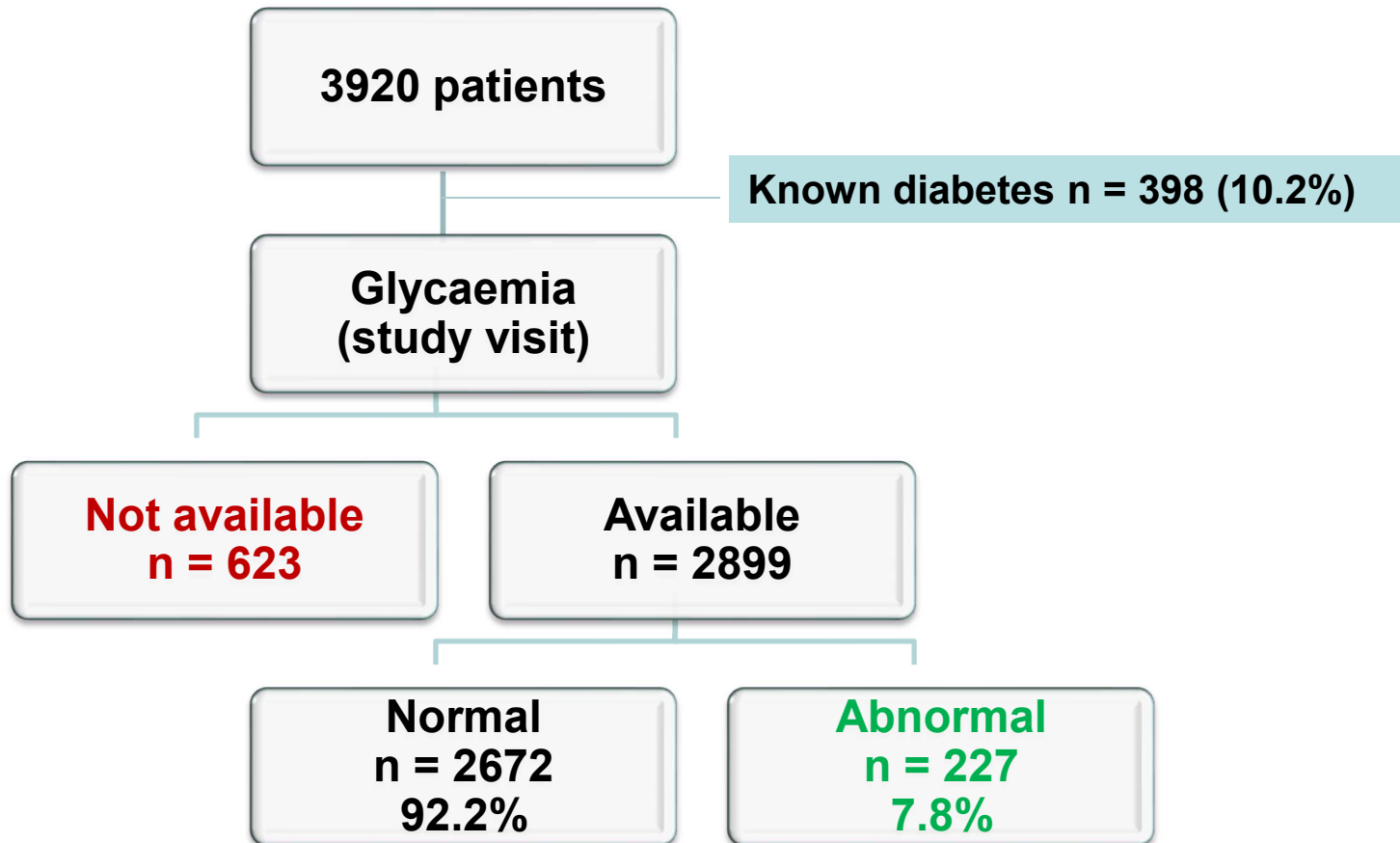
## Percentage of patients with detected unknown abnormalities

### ◆ BLOOD PRESSURE



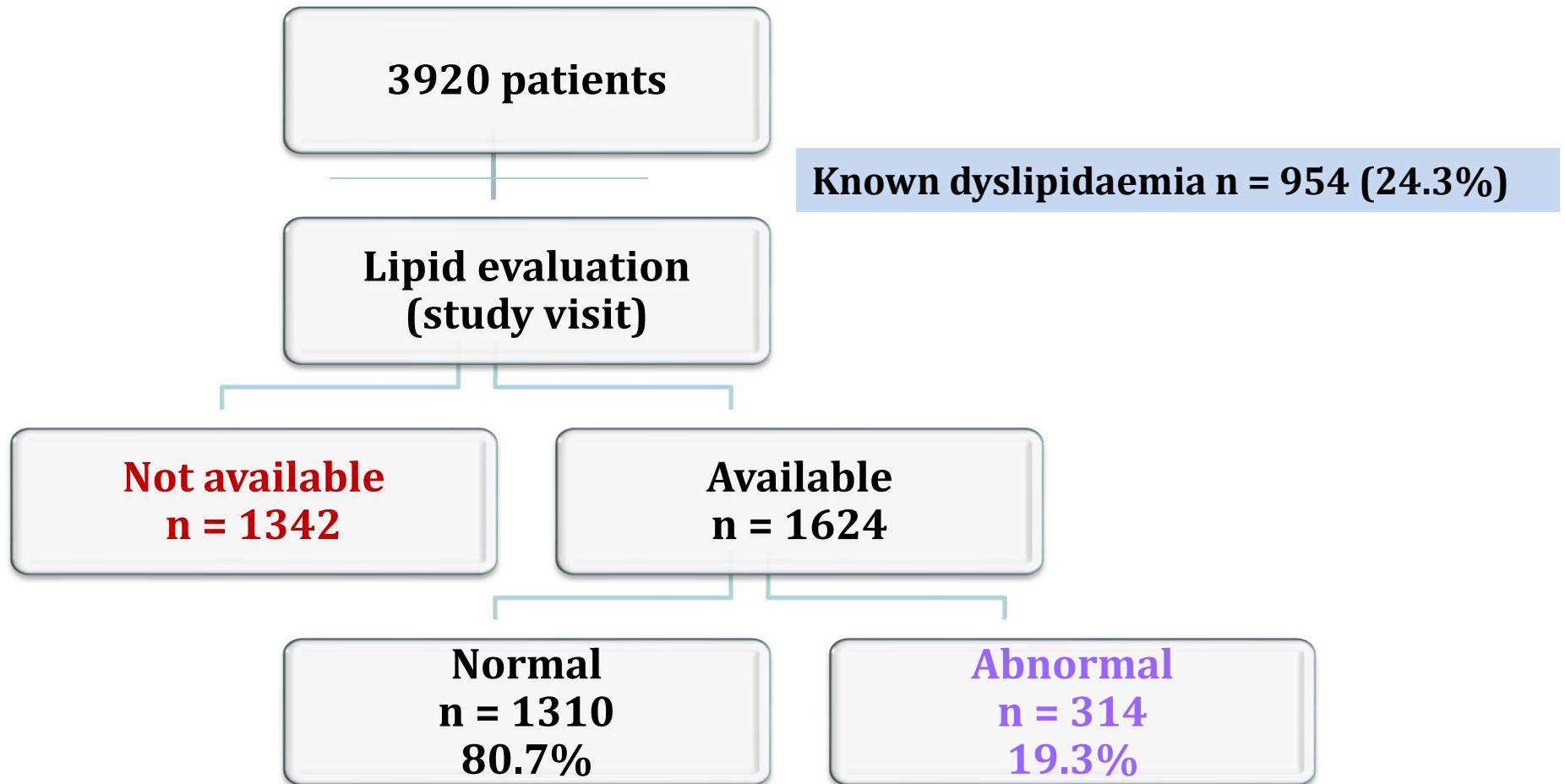
## Percentage of patients with detected unknown abnormalities

### ◆ HYPERGLYCAEMIA



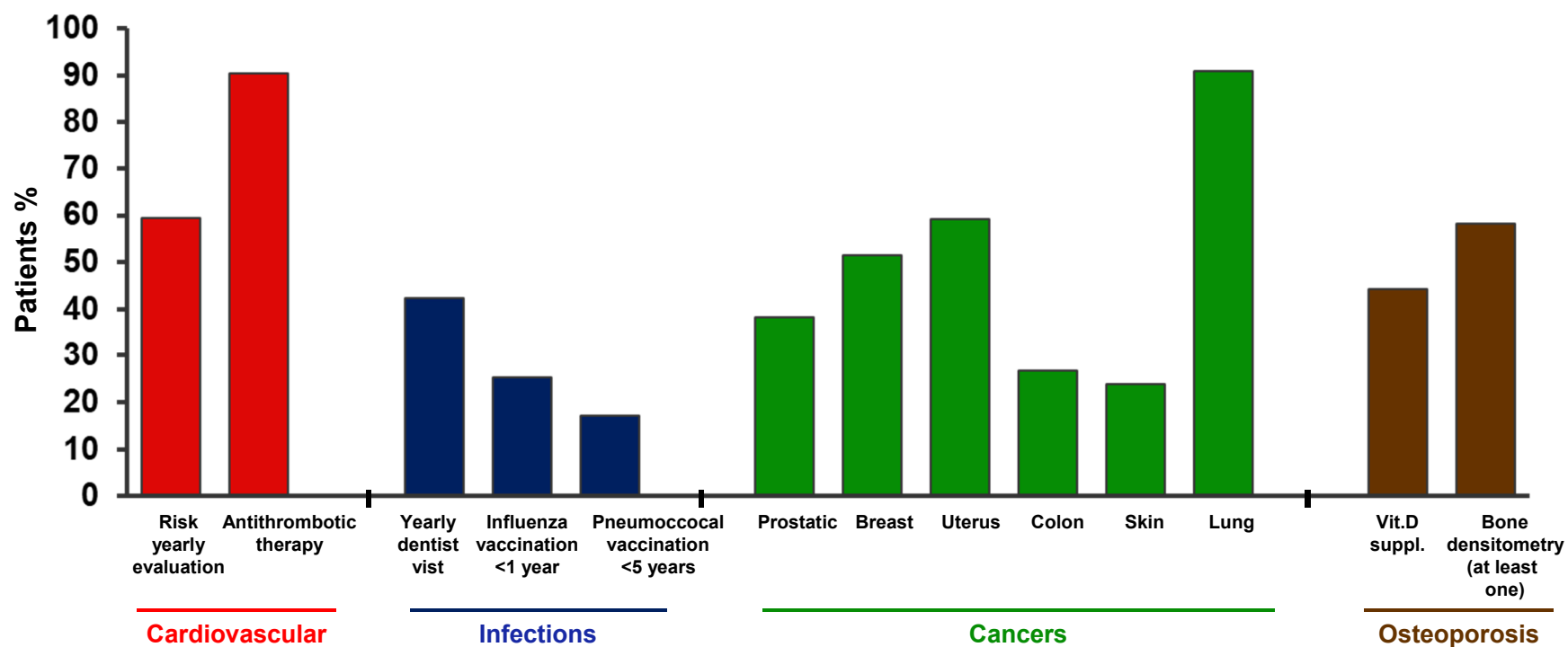
## PERCENTAGE OF PATIENTS WITH DETECTED UNKNOWN ABNORMALITIES

### ◆ DYSLIPIDEMIA





## PERCENTAGE OF PATIENTS OPTIMALLY MONITORED WITH REGARD TO CURRENT AVAILABLE RECOMMENDATIONS \*



\* In accordance with recommendations of international scientific societies and national healthcare systems

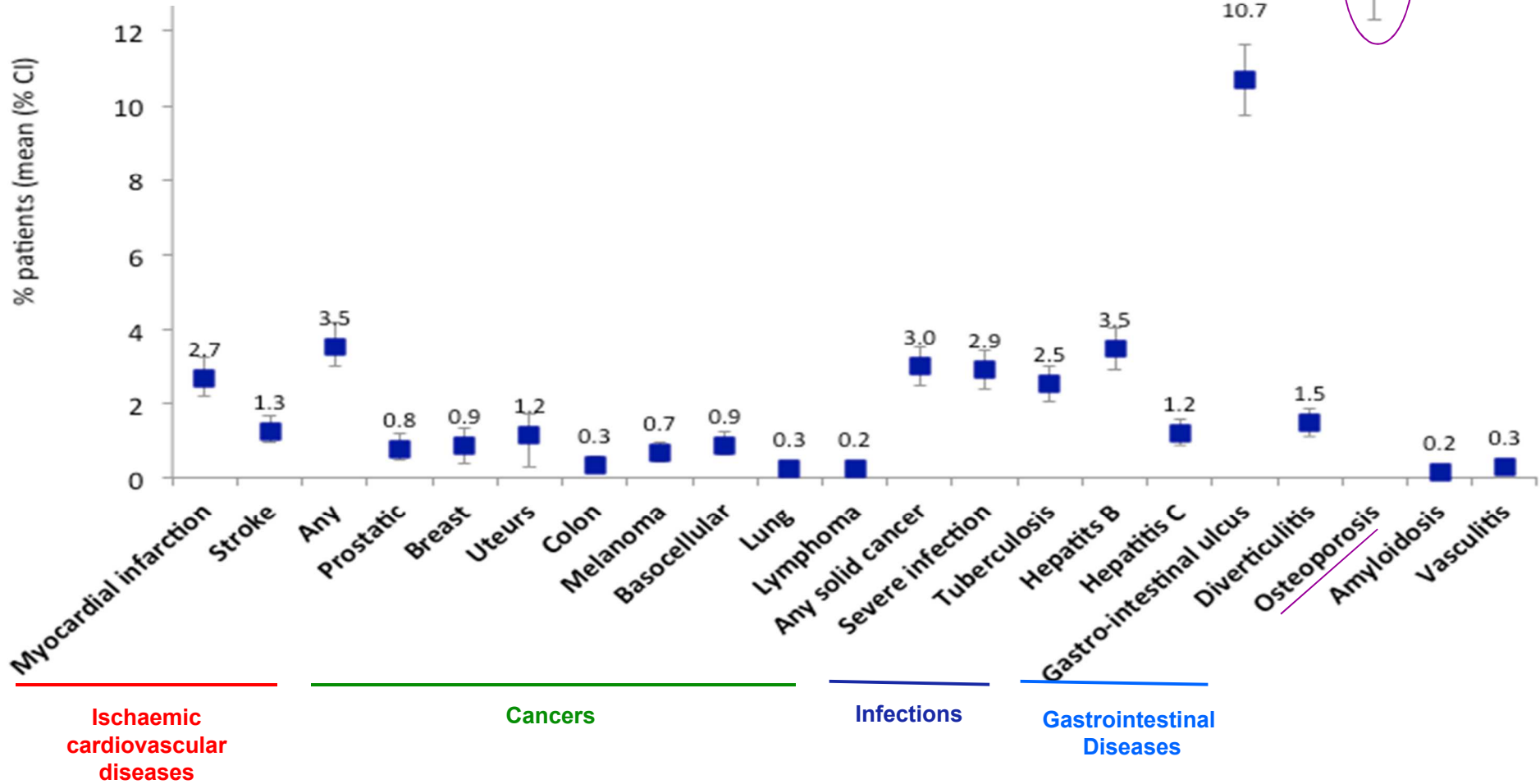


**Patients  
n = 3984**

**Participating  
Countries (26)**

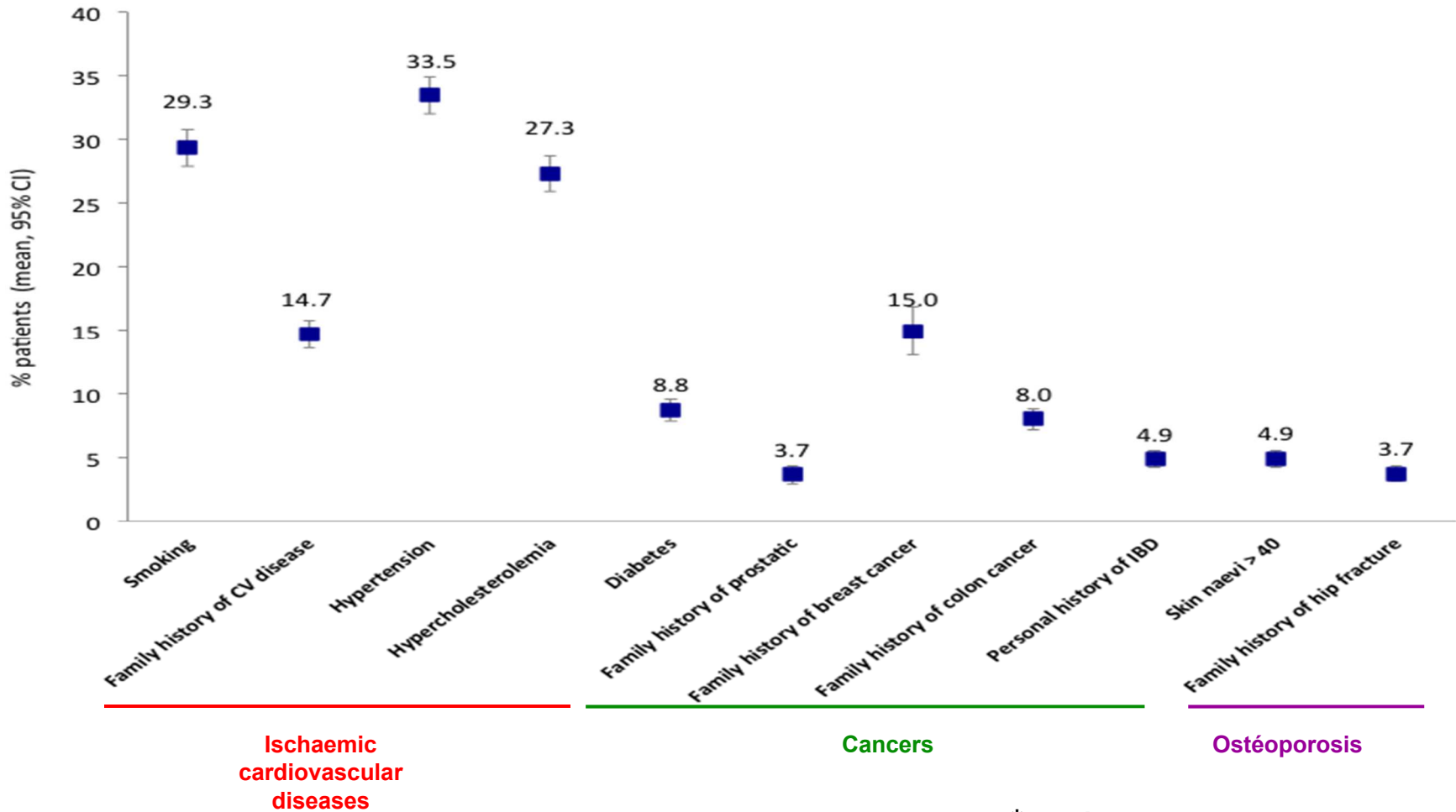
COUNTRY		National Principal investigators
Argentina		Madonado-Coco J
Belgium		van den Bosch F
Brazil		Sampaio-Barros P
China		Gu J
Colombia		Valle-Onate R
<b>Egypt</b>		Kamal El Zorkany B
France		Dougados M
Germany		Braun J
Japan		Kishimoto M
Korea		Kim T-H
Mexico		Burgos Vargas R
<b>Morocco</b>		Hajjaj-Hassouni N
Netherlands		van Gaalen F
Spain		Collantes E
Taiwan		Luo S
UK		Marzo-Ortega H
USA		Deodhar A
Portugal		Machado P
Turkey		Ozgoemen S
Russia		Erdesz S
Canada		Maskymowych A
Ukraine		Biliavska J
Poland		Wiland P
Italy		Montecucco C
Hungary		Balint P
Greece		Patrikos D

n = 3984



## PREVALENCE OF RISK FACTORS FOR COMORBIDITIES IN 3984 PATIENTS WITH SPA\*

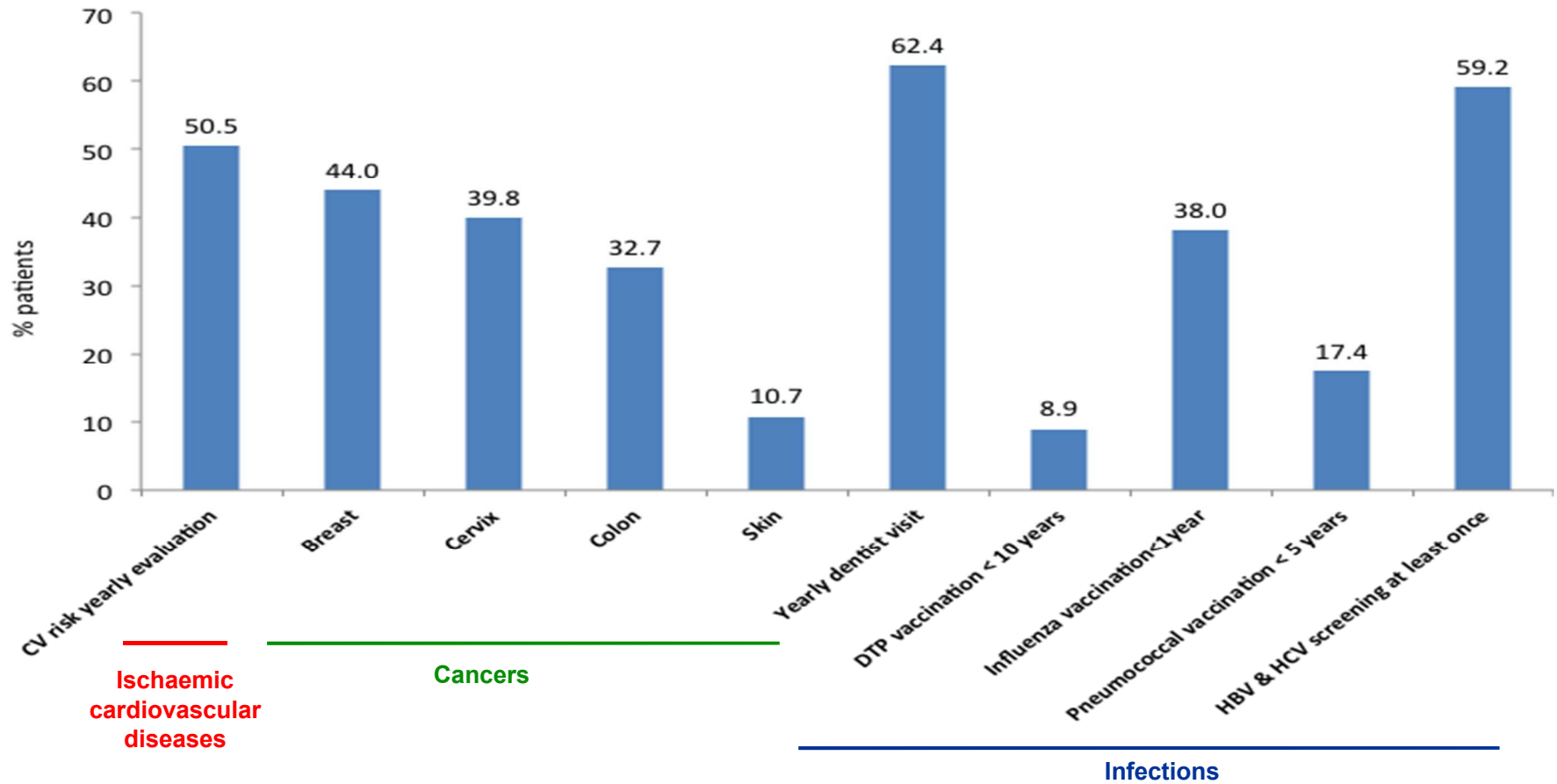
n = 3984



\*Moltó A...Dougados M; EULAR 2015

## % OF PATIENTS OPTIMALLY MONITORED FOR COMORBIDITIES\*

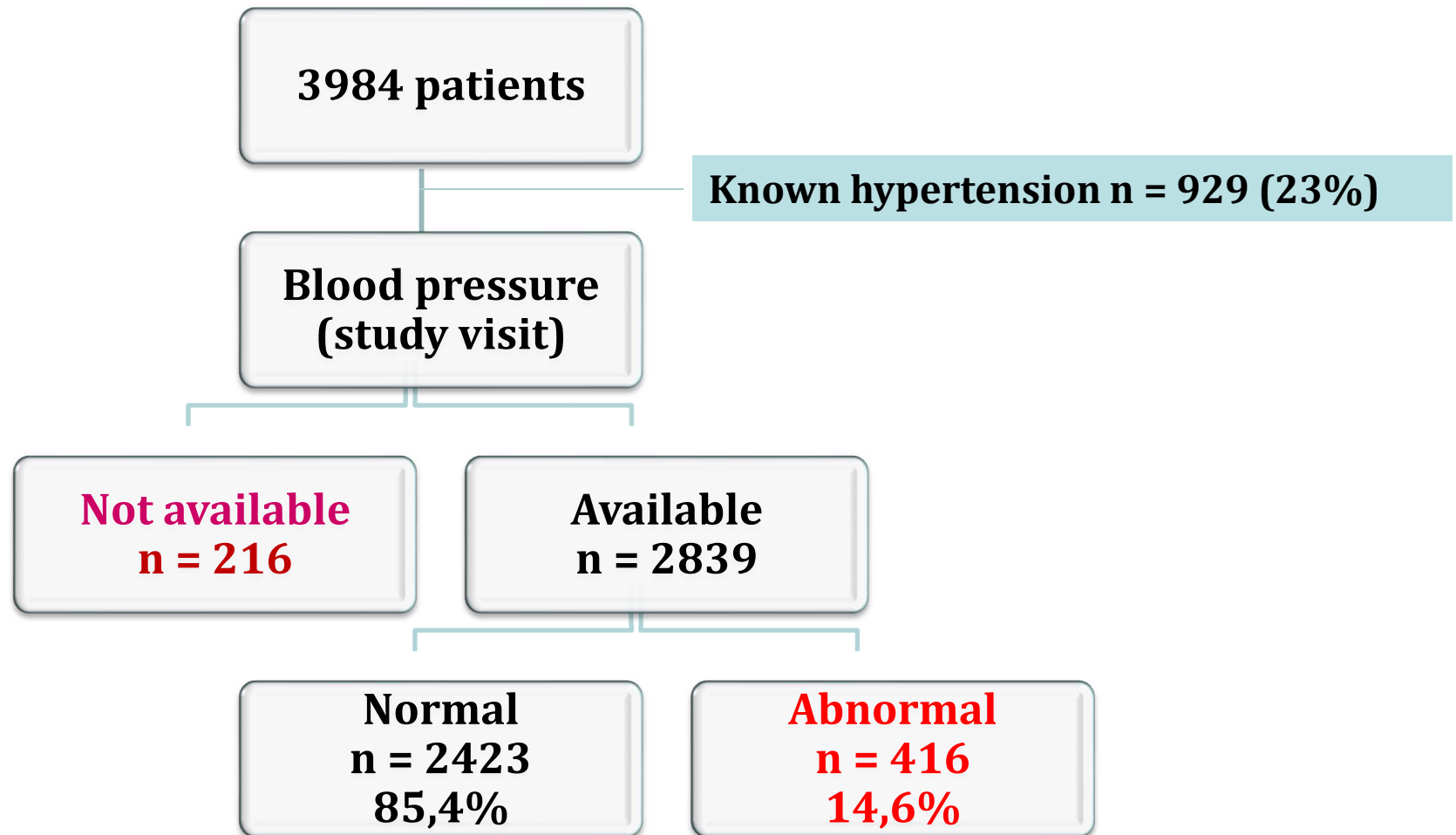
n = 3984



\*Moltó A...Dougados M; EULAR 2015

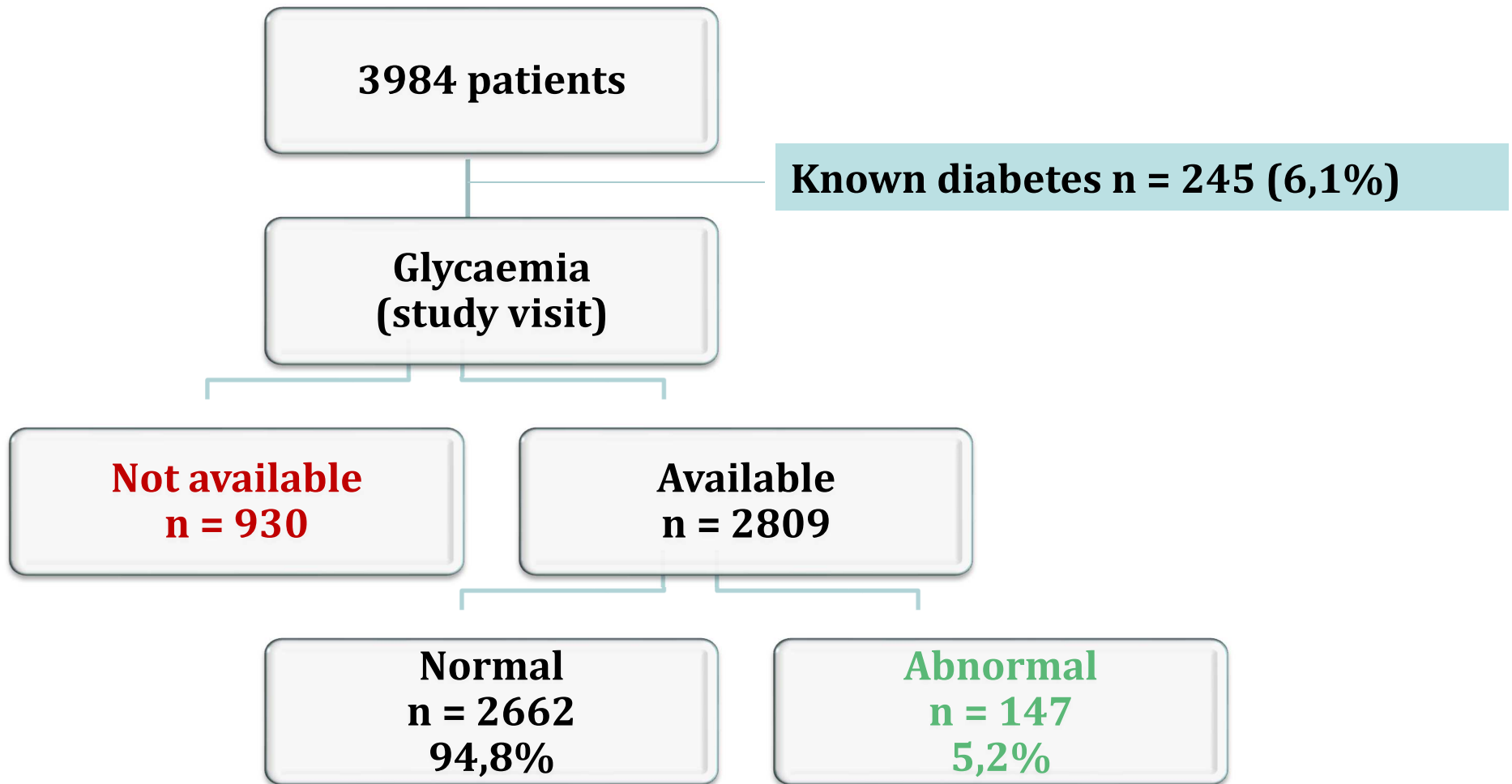
## PERCENTAGE OF PATIENTS WITH DETECTED UNKNOWN ABNORMALITIES

### ◆ BLOOD PRESSURE



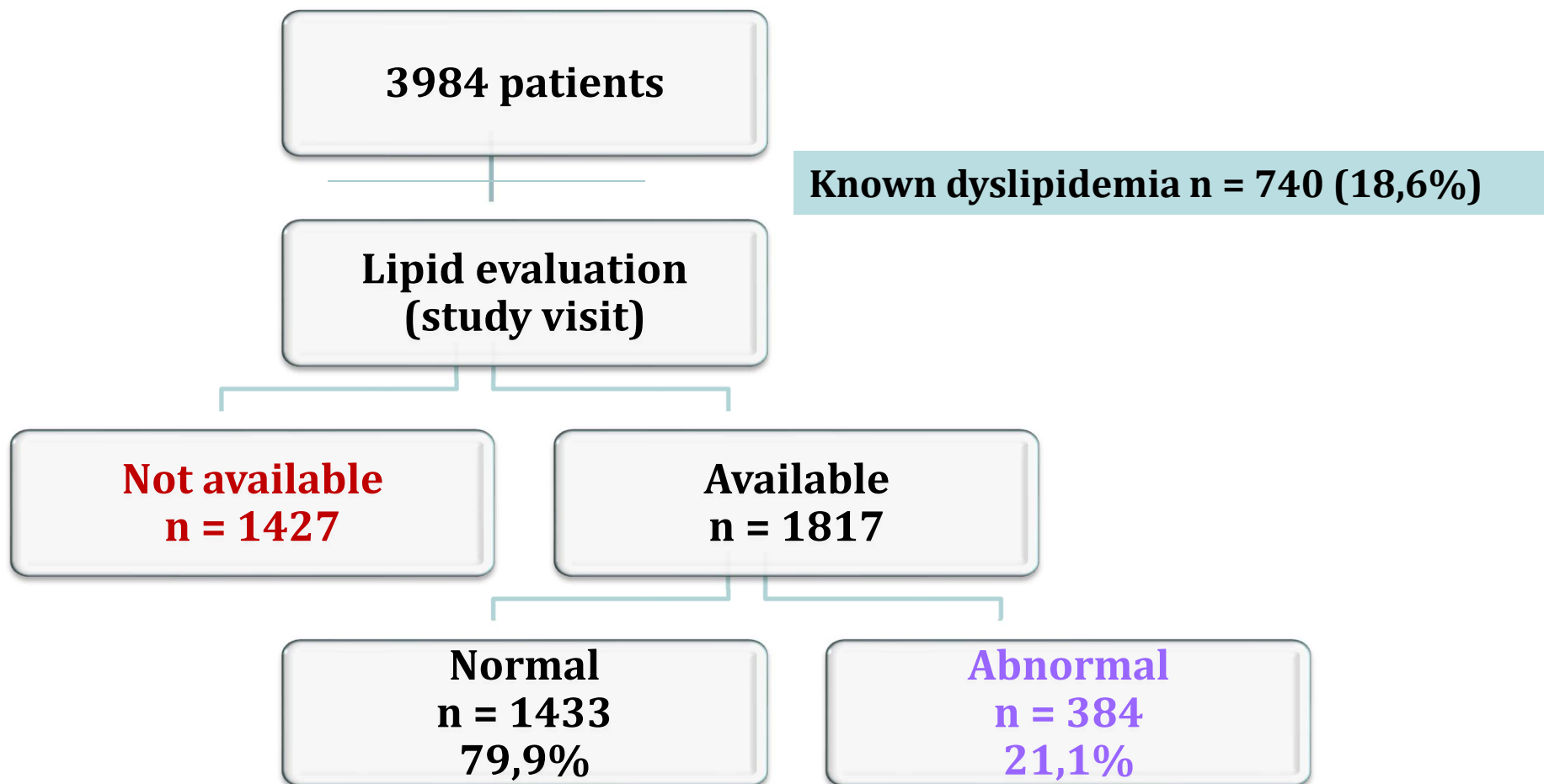
## PERCENTAGE OF PATIENTS WITH DETECTED UNKNOWN ABNORMALITIES

### ◆ HYPERGLYCAEMIA



## PERCENTAGE OF PATIENTS WITH DETECTED UNKNOWN ABNORMALITIES

### ◆ DYSLIPIDEMIA



# DÉPISTAGE ET PRISE EN CHARGE

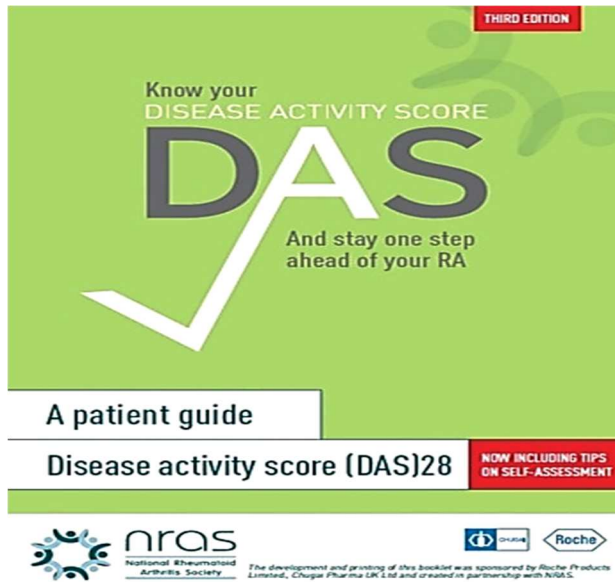


- TA
- POIDS
- TAILLE
- IMC

- GLYCEMIE
- CHOLESTEROL
- TRIGLYCERIDES
- VITAMINE D

- DAS28
- HEARTSCORE
- FRAX
- PHQ-9

FRAX - ODM



## REGLES HYGIENO-DIETETIQUES :

Tabac, Poids, Alimentation, Activité physique

# Cancer du sein

Fiche  
finale

## Reporter la maladie

ATCD personnel de cancer du sein :

oui

non

Si oui :

Date du diagnostic :

année

|\_|\_|\_|\_|\_|

## Reporter les FDR

ATCD familiaux de cancer du sein :

oui

non

ne sait pas

## Dépister la maladie

Date de la dernière mammographie :

année

|\_|\_|\_|\_|\_|

jamais faite

81 votants  
Moy. accord :  
**4,56**

## Recommandations :

- Population générale : mammographie tous les 2 ans entre 50 et 74 ans.
- Lors d'ATCD personnel ou d'ATCD familiaux, prise en charge personnalisée qui ne relève plus du dépistage systématique. Voir gynécologue.

# Cancer du col de l'utérus

Fiche  
finale

## Reporter la maladie

ATCD de cancer du col de l'utérus :

oui       non

Si oui :      Date du diagnostic :

|\_|\_|\_|\_|  
année

## Dépister la maladie

Date du dernier frottis

année      |\_|\_|\_|\_|\_|

jamais fait

Était-il normal ?

oui       non

## Prévenir la maladie

Vaccination anti-HPV ?

oui       non

79 votants  
Moy. accord :  
**4,62**

### Recommandations :

- Entre 25 et 65 ans: 2 FCV normaux à 1 an d'intervalle, puis tous les 3 ans.
- Prise en charge personnalisée si FCV anormal (dysplasie ou cancer).
- Chez toute jeune fille entre 11 et 14 ans : vaccination anti-HPV recommandée.

# Cancer de la prostate

Fiche  
finale

78 votants  
Moy. accord :  
4,56

## Reporter la maladie

ATCD de cancer de la prostate :

oui  non

Si oui : Date du diagnostic :

|\_|\_|\_|\_|  
année

## Reporter les FDR

Présence de symptômes uro-génitaux :

(dysurie, pollakiurie, brûlures mictionnelles, douleurs à l'éjaculation, hématurie, hémospemie)

oui  non

ATCD familial ( $\geq 2$  cancers de la prostate ou  $\geq 1$  cancer avant 55 ans) :

oui  non  ne sait pas

Origine afro-antillaise :

oui  non

## Recommandations :

- Pas de dépistage systématique
- Si symptômes urogénitaux ou  $\geq 45$  ans et ATCD familial ou origine afro-antillaise: consulter le médecin traitant ou un urologue en vue du dépistage.

# Cancer du poumon

Fiche  
finale

## Reporter la maladie

ATCD de cancer du poumon

oui

non

Si oui :

Date du diagnostic :

Année

|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|

## Reporter les FDR

Tabagisme

jamais

sevré, depuis |\_|\_|\_|\_| ans

actif

Nombre de Paquets-années : |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|

## Recommandations :

- Pas de dépistage systématique
- Si tabagisme actif, adresser au médecin traitant pour discuter sevrage

79 votants  
Moy. accord :  
**3,90**

# Cancer du colon

Fiche  
finale

78 votants  
Moy. accord :  
4,41

## Reporter la maladie

ATCD de cancer du colon ou rectum :  oui  non

Si oui : Date du diagnostic : |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|  
année

## Reporter les FDR

ATCD personnel de MICI :  oui  non

ATCD personnel de polypes coliques :  oui  non  ne sait pas

ATCD familial au 1<sup>er</sup> degré de polypes ou de cancer colorectal :  oui  non  ne sait pas

## Dépister la maladie

Date du dernier **Hemocult** / test immunologique de dépistage de sang dans les selles : |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|  jamais fait  
année

Date de la dernière **coloscopie** : |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|  jamais faite  
année

## Recommandations :

- En l'absence de facteurs de risque, entre 50-74 ans, il est recommandé de pratiquer un test de dépistage de sang dans les selles tous les 2 ans.
- Si MICI ou ATCD personnel ou familial de polypes ou de cancer, un suivi personnalisé décidé par le gastroentérologue est recommandé.

# Cancer de la peau

Fiche  
finale

67 votants  
Moy. accord :  
4,00

## Reporter la maladie

Mélanome :

oui     non    |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|  
année

Spinocellulaire :

oui     non    |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|  
année

Basocellulaire :

oui     non    |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|  
année

## Dépister

Date de dernière consultation chez le dermatologue pour dépister un cancer de la peau :

|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|     jamais faite  
année

## Recommandations :

- Consultation en dermatologie au moins une fois dans la vie
- Puis consultations de suivi dont la fréquence est déterminée par le dermatologue.

# Lymphome

Fiche  
finale

78 votants  
Moy. accord :  
4,30

## Reporter la maladie

ATCD de lymphome :

oui  non

Si oui : Date du diagnostic :

|\_|\_|\_|\_|  
année

## Dépister la maladie

Aires ganglionnaires palpées par un médecin dans l'année :

oui  non

**Recommandation :** Palper les aires ganglionnaires tous les ans

# Dépression

Fiche  
finale

80 votants  
Moy. accord :  
4,00

## Reporter la maladie

Patient actuellement suivi pour dépression :

oui  non

## Reporter les FDR

ATCD de dépression ou de traitement antidépresseur :

oui  non

# Ostéoporose

Fiche  
finale

## Reporter les FDR

**Ostéodensitométrie**  
(date de la dernière) :

|\_|\_|

mois

|\_|\_|\_|\_|

année

jamais faite

T-score :

Valeur rachis :

Valeur col:

72 votants  
Moy. accord :  
4,30

## Recommandations :

La densitométrie osseuse est indiquée :

- dans la population générale en cas de signes d'OP, ATCD de pathologie inductrice d'ostéoporose et de corticothérapie > 7,5 mg/j pendant 3 mois
- chez la femme ménopausée en cas de ménopause < 40 ans, IMC < 19, corticothérapie > 7,5 mg/j pendant 3 mois ou ATCD fracture du col chez un apparenté du 1<sup>er</sup> degré
- au moins une fois pour les patients atteints de RIC

En cas de T-score < -3, considérer un traitement antiostéoporotique.

*Si T-score > -3, chez les patients de plus de 40 ans : calculer le FRAX®*

<https://www.shef.ac.uk/FRAX/tool.jsp?lang=fr>

# Bronchite chronique

Fiche  
finale

## *Reporter la maladie*

Y a t-il un diagnostic connu de bronchite chronique ?  oui  non  ne sait pas

81 votants  
Moy. accord :  
4,15

## *Dépister la maladie*

Si non ou ne sait pas, poser les questions suivantes :

- Toussez-vous souvent (tous les jours) ?  oui  non
- Avez-vous souvent une toux grasse ou qui ramène des crachats ?  oui  non
- Êtes-vous plus facilement essoufflé que les personnes de votre âge ?  oui  non
- Avez-vous plus de 40 ans ?  oui  non
- Avez-vous fumé ou fumez-vous ou avez-vous été exposé de manière prolongée ou répétée à des gaz, poussières, fumées, vapeurs dans le cadre de votre environnement ?  oui  non

### **Recommandations:**

- Si le patient répond positivement à trois de ces questions, le patient peut être adressé au médecin généraliste ou à un pneumologue pour une spirométrie
- Deux réponses « oui » peuvent déjà constituer un signe d'alarme

# Diverticulite

Fiche  
finale

73 votants  
Moy. accord :  
**4,53**

## *Reporter la maladie*

Y a t-il eu un épisode de diverticulite  
(confirmé par un gastroentérologue) ?

oui

non

ne sait pas

### **Recommandation:**

Si antécédent de diverticulite : être prudent pour la prescription de corticoïdes et d'AINS.

# Tuberculose

Fiche  
finale

## Reporter le statut vaccinal et les FDR

Le patient a-t-il été vacciné par le BCG ?

oui  non  ne sait pas

Le patient a-t-il des FDR ?

Migrants, usagers de drogues IV, difficultés avec l'alcool, précaires, contagé (contact avec personnes tuberculeuses)

oui  non  ne sait pas

## Reporter la maladie et les traitements

Le patient a-t-il eu un diagnostic de **tuberculose maladie** (TB) (examen direct, culture, PCR ou signe clinique) ?

oui  non  ne sait pas

Si non, le patient a-t-il eu un diagnostic de **TB latente** : primo-infection, virage IDR hors vaccination et positivité de l'IGRA

oui  non  ne sait pas

Si oui, la TB a-t-elle été traitée par **antibiothérapie adaptée** ?

oui  non  ne sait pas

### Recommandations:

Il est recommandé de dépister la tuberculose chez les patients à risque  
En cas de tuberculose et de doute sur le traitement, adresser à un spécialiste

78 votants  
Moy. accord :  
**3,78**

## Reporter la maladie

**Le patient a-t-il eu une infection sévère ?** (pronostic vital engagé, hospitalisation, résultant en un handicap)

- non       oui, unique       oui, multiple

**Le patient a-t-il eu des infections non sévères mais répétées ?**

- non       oui

Si oui, lesquelles ?

**Le patient a-t-il eu une infection opportuniste ?** (cf. tableau-dia suivante)

- non       oui, unique       oui, multiple

Si oui, laquelle :

# Infections opportunistes (2/2)

Fiche finale

## Reporter la maladie

Infections bactériennes opportunistes		Année	Infections parasitaires opportunistes		Année
<input type="checkbox"/>	Angiomatose bacillaire	_ _ _ _	<input type="checkbox"/>	Isosporidiose	_ _ _ _
<input type="checkbox"/>	Listeriose	_ _ _ _	<input type="checkbox"/>	Leishmaniose	_ _ _ _
<input type="checkbox"/>	Infection mycobactérie atypique*	_ _ _ _	<input type="checkbox"/>	Toxoplasmose cérébrale*	_ _ _ _
<input type="checkbox"/>	Nocardiose	_ _ _ _	<input type="checkbox"/>	Anguillulose	_ _ _ _
<input type="checkbox"/>	Pneumocystose*	_ _ _ _			
<input type="checkbox"/>	Salmonellose*	_ _ _ _	Infections fongiques opportunistes		
<input type="checkbox"/>	Pneumopathie à pneumocoque*	_ _ _ _	<input type="checkbox"/>	Aspergillose invasive*	_ _ _ _
Infections virales opportunistes			<input type="checkbox"/>	Candidose invasive*	_ _ _ _
<input type="checkbox"/>	Infection systémique à CMV*	_ _ _ _	<input type="checkbox"/>	Histoplasmosse disséminée	_ _ _ _
<input type="checkbox"/>	Infection systémique à HSV*	_ _ _ _	<input type="checkbox"/>	Coccidioidomycose disséminée	_ _ _ _
<input type="checkbox"/>	LEMP (JC virus)	_ _ _ _	<input type="checkbox"/>	Cryptococcose extra-pulmonaire	_ _ _ _
<input type="checkbox"/>	Varicelle avec atteinte systémique*	_ _ _ _	<input type="checkbox"/>	Cryptosporidiose intestinale	_ _ _ _
<input type="checkbox"/>	Zona* (si (> 1 dermatome et/ou ophalmique et/ou atteinte du SNC)	_ _ _ _			

73 votants  
Moy. accord :  
3,79

**Recommandation :** \* Vigilance augmentée chez ces patients à risque : infections susceptibles de se réactiver (liste à vérifier)



# Vaccinations

Fiche  
finale

## Reporter le statut vaccinal

**DTP**

oui

non

ne sait pas

refus

Si oui, année : |\_|\_|\_|\_|\_|

70 votants  
Moy. accord :  
**4,90**

### Recommandation:

- Pour la population générale, la vaccination DTP est recommandée à 25 ans, à 45 ans, à 65 ans : une dose de DTP puis tous les 10 ans.
- Pour le patient sous biothérapie : rappel tous les 10 ans.

## Reporter le statut vaccinal

**Grippe**

oui

non

ne sait pas

refus

Si oui, année : |\_|\_|\_|\_|\_|

78 votants  
Moy. accord :  
**4,82**

### Recommandation:

- La vaccination antigrippale est recommandée de manière annuelle chez les patients
- sous immunosuppresseurs
  - à risques infectieux
  - de plus de 65 ans

## Reporter le statut vaccinal

**Pneumocoque**

oui     non     ne sait pas     refus

Si oui, année :    |\_|\_|\_|\_|

**Si oui, schéma vaccinal**

Prevenar® seul     Pneumo23® seul     Prevenar® +  
Pneumo23®     ne sait pas

### Recommandation:

La vaccination contre le pneumocoque est recommandée chez le patient sous immunomodulateur -:

1. Chez les malades jamais vaccinés, effectuer une dose de vaccin PREVENAR® suivie au moins 8 semaines plus tard d'une dose de vaccin PNEUMO23®
2. Chez les malades ayant reçu une dose de vaccin PNEUMO23® sans l'avoir précédé d'une dose de vaccin PREVENAR, proposer le même schéma (PREVENAR® suivie de PNEUMO23®) 3 ans après la dernière vaccination avec le PNEUMO23®
3. Chez les malades ayant reçu PREVENAR® puis PNEUMO23® il n'existe pas encore de recommandations concernant le renouvellement de cette vaccination

# Vaccinations

Fiche  
finale

## Reporter le statut vaccinal

Hépatite B

oui     non     ne sait pas     refus

Si oui, année :    |\_|\_|\_|\_|

78 votants  
Moy. accord :  
4,40

### Recommandation:

Chez les patients séronégatifs pour le VHB, il est recommandé de proposer la vaccination anti-VHB avant l'instauration des biothérapies, surtout en cas de facteurs de risque (*jeunes des internats des établissements pour enfance, institution psychiatrique, partenaires sexuels multiples, toxicomane IV, transfusions itératives, contagé Hépatite B*)

## Reporter le statut vaccinal

Le patient est- il vacciné contre le zona ?  
(Zostavax®)

oui     non     ne sait pas     refus

77 votants  
Moy. accord :  
4,03

### Recommandation:

- Le vaccin Zostavax® est recommandé chez les personnes de plus de 65 ans.
- Il n'existe pas de consensus pour les patients atteints de RIC.
- Il s'agit d'un vaccin vivant contre-indiqué chez les patients sous immunosuppresseur (biothérapie, MTX > 0,4 mg/kg, cortisone > 10 mg).

### Reporter la maladie et les traitements

Diabète  oui  non

Traitement anti-diabétique  oui  non

• Si diabète mesure de l'HbA1c : |\_\_|\_\_| |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_| |\_\_|\_\_|, \_\_| %  jamais  ne sait pas  
*mois* *année* *valeur*

### Recommandation

En cas de diabète, l'HbA1c doit être mesurée tous les 3 à 6 mois.

La cible d'HbA1c est de  $\leq 7\%$  sauf si :

- Diagnostic récent, sans antécédent cardiovasculaire et espérance de vie  $> 15$  ans : cible d'HbA1c  $\leq 6,5\%$
- Espérance de vie  $< 5$  ans ou complications macrovasculaires évoluées, ou diabète ancien mal équilibré : cible d'HbA1c  $\leq 8\%$
- sujets  $\geq 75$  ans avec état de santé fragilisé : cible d'HbA1c entre  $8$  et  $9\%$

**Recommandations** : si HbA1c non réalisée ou cible non atteinte, référer au médecin traitant, à l'endocrinologue ou au diabétologue

**Reporter les FDR**

• Taille |\_\_| |\_\_|\_\_| m

• Poids |\_\_|\_\_|\_\_| kg

• IMC |\_\_|\_\_|\_\_| kg/m<sup>2</sup>

• Tour de taille : |\_\_|\_\_|\_\_| cm

• ATCD personnel de glycémie élevée

 oui non ne sait pas

• Corticothérapie

 oui non

• Antécédent familial de diabète

 oui non ne sait pas**Recommandation** : perdre du poids si obésité ou surpoids.Surpoids si  $IMC \geq 25$  kg/m<sup>2</sup> et obésité si  $IMC \geq 30$  kg/m<sup>2</sup>.Tour de taille élevé si  $\geq 80$  cm chez la femme et  $\geq 94$  cm chez l'homme.**Dépister**

• Si absence de diabète

glycémie :

|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|  
année|\_\_| |\_\_|\_\_|\_\_| g/l  
valeur jamais ne sait pas**Recommandation** : si découverte de diabète, référer au médecin traitant, à l'endocrinologue ou au diabétologue.

Il est recommandé de dépister un diabète tous les 1 à 3 ans, en fonction des FDR.

Diabète: glycémie à jeun  $\geq 7,0$  mmol/l (1,26 g/l) confirmée sur 2<sup>e</sup> prélèvement ou glycémie  $\geq 11,1$  mmol/l (2 g/l).

# Insuffisance cardiaque

Fiche  
finale

## Reporter la maladie

Diagnostic d'insuffisance cardiaque (par ex. OAP)

oui

non

ne sait pas

Si ne sait pas, a-t-il un suivi cardiologique

oui

non

## Dépister la maladie

Œdème des membres inférieurs

oui

non

Essoufflement\*

oui

non

Orthopnée\*\*

oui

non

75 votants  
Moy. accord :  
**4,46**

### Recommandation :

**En présence de symptômes évocateurs d'insuffisance cardiaque, référer au médecin traitant ou à un cardiologue**

\* Apparition d'un essoufflement pour un effort qui n'en causait pas précédemment

\*\* Nécessité de prendre un oreiller pour ne pas être essoufflé en position allongée

# Risque cardiovasculaire global (1/2)

Fiche  
finale

## Reporter les traitements

- Traitement anti-agrégant :  oui  non  ne sait pas
- Traitement anti-coagulant :  oui  non  ne sait pas

## Reporter les situations à haut et très haut risque (présentes ou passées)

- Pathologies cardiovasculaires ischémiques incluant infarctus du myocarde, angine de poitrine, coronaropathie silencieuse ou stent :

oui  non  ne sait pas

- Accident vasculaire cérébral ou accident ischémique transitoire :

oui  non  ne sait pas

- Artériopathie oblitérante des membres inférieurs :

oui  non  ne sait pas

- Plaque carotidienne :

oui  non  ne sait pas

Si vous avez coché oui pour l'une des pathologies précédentes, le patient est à (très) haut risque CV et doit être adressé à un cardiologue. Sinon, calculez le Heart SCORE®.

- Insuffisance rénale modérée à sévère (débit de filtration glomérulaire DFG < 60 ml/min) :

oui  non  ne sait pas et valeur du DFG : |\_\_|\_\_| ml/min MDRD  Cockcroft

- Diabète de type 2 ou type 1 :

oui  non  ne sait pas

# Risque cardiovasculaire global (2/2)

Fiche  
finale

Pour le calcul du Heart SCORE<sup>®</sup>, vous avez besoin des éléments suivants :

- Sexe :  H  F
- Cholestérol total (CT) : |\_\_|, |\_\_|\_\_| g/l
- Tabagisme actif :  oui  non
- Pression artérielle systolique : |\_\_|\_\_|\_\_| mmHg

- Age : |\_\_|\_\_| ans
- HDL : |\_\_|, |\_\_|\_\_| g/l
- Ratio CT/HDL : |\_\_|, |\_\_|

74 votants  
Moy. accord :

4,31

Heart SCORE obtenu : |\_\_|\_\_|, |\_\_| %

[http://www.heartscore.org/fr\\_FR/access](http://www.heartscore.org/fr_FR/access)

## Recommandations :

Calculez le Heart SCORE<sup>®</sup> et *multipliez le par 1,5* en cas de PR.

Attention, si le patient n'est pas stable ou pas en rémission du RIC au moment du dosage, le Heart SCORE<sup>®</sup> peut être faussement bas et un contrôle ultérieur est souhaitable.

*Si le Heart SCORE<sup>®</sup> est > 1 %, adresser le patient à un cardiologue.*

En cas de tabagisme actif, rappeler au patient *l'importance du sevrage* et lui recommander une consultation de tabacologie.

Le risque cardiovasculaire global doit être évalué au moins tous les 5 ans et après chaque changement majeur de traitement de fond pour les PR, SA et RPso et tous les ans pour les patients atteints de lupus.

## Reporter la maladie et les traitements

77 votants  
Moy. accord :  
**4,44**

- Traitement hypolipémiant  oui  non  ne sait pas

Année de mesure du profil lipidique : Année |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|  jamais  ne sait pas

En cas d'hypercholestérolémie traitée, le cholestérol doit être mesuré *tous les ans*.  
Sinon, le cholestérol doit être mesuré *au moins tous les 5 ans* et *après chaque changement majeur de traitement de fond* du rhumatisme pour les PR, SA et RPso et tous les ans pour les lupus.  
Certains traitements comme le *tocilizumab* nécessitent un suivi plus rapproché.  
Attention, si le patient n'est pas stable ou pas en rémission du RIC au moment du dosage, le cholestérol peut être faussement bas et un contrôle ultérieur est souhaitable.

## Dépister

- Cholestérol LDL : |\_\_|, |\_\_|\_\_| g/l |\_\_|, |\_\_| mmol/l

77 votants  
Moy. accord : 4,44

### Recommandation:

Vérifier que le LDL a atteint sa cible en se référant au tableau ci-dessous.

Si ce n'est pas le cas, adresser le patient au médecin traitant ou au cardiologue pour la prise en charge thérapeutique : règles hygiéno-diététiques RHD et/ou traitement hypolipémiant).

Heart SCORE® (%) <i>(recalibré pour la PR)</i>	CIBLE	Valeurs de cholestérol LDL			
		< 0,70 g/L < 1,8 mmol/L	0,70 à 1,00 g/L 1,8 à 2,5 mmol/L	1,00 à 1,90 g/L 2,5 à 4,9 mmol/L	> 190 mg/dL > 4,9 mmol/L
< 1	1,15 g/l	pas d'intervention	pas d'intervention	RHD	RHD ± traitement si non contrôlé
≥ 1 à < 5	1,15 g/l	RHD	RHD	RHD ± traitement si non contrôlé	RHD ± traitement si non contrôlé
≥ 5 à < 10	1,00 g/l	RHD ± traitement	RHD ± traitement	RHD + traitement immédiat	RHD + traitement immédiat
≥10 ou très haut risque CV	0,70 g/l	RHD ± traitement	RHD + traitement immédiat	RHD + traitement immédiat	RHD + traitement immédiat

## Recommandations

de la Société Française de Rhumatologie  
pour dépister ou prévenir les maladies associées  
aux rhumatismes inflammatoires chroniques



## PR : Auto-questionnaire co-morbidités

### Service de Rhumatologie B

Pr DOUGADOS – Hôpital COCHIN

Hospitalisation de jour

Dépistage de pathologies associées à un rhumatisme

RMD  
Open

Rheumatic &  
Musculoskeletal  
Diseases

ORIGINAL ARTICLE

### Screening for and management of comorbidities after a nurse-led program: results of a 3-year longitudinal study in 769 established rheumatoid arthritis patients

2019

Laure Gossec,<sup>1,2</sup> Martin Soubrier,<sup>3</sup> Frantz Foissac,<sup>4</sup> Anna Molto,<sup>5,6</sup>  
Pascal Richette,<sup>7,8</sup> Catherine Beauvais,<sup>9</sup> Adeline Ruyssen-Witrand,<sup>10</sup>  
Aleth Perdriger,<sup>11</sup> Isabelle Chary-Valckenaere,<sup>12</sup> Gael Mouterde,<sup>13</sup>  
Emanuelle Dernis,<sup>14</sup> Liana Euller-Ziegler,<sup>15</sup> René-Marc Flipo,<sup>16</sup> Mélanie Gilson,<sup>17</sup>  
Sandrine Guis,<sup>18</sup> Xavier Mariette,<sup>19</sup> Sophie Pouplin,<sup>20</sup> Thierry Marhadour,<sup>21</sup>  
Thierry Schaefferbeke,<sup>22</sup> Christelle Sordet,<sup>23</sup> Françoise Fayet,<sup>3</sup>  
Maxime Dougados<sup>5,6</sup>

Clinical and epidemiological research

EXTENDED REPORT

### Impact of a nurse-led programme on comorbidity management and impact of a patient self- assessment of disease activity on the management of rheumatoid arthritis: results of a prospective, multicentre, randomised, controlled trial (COMEDRA)

Maxime Dougados,<sup>1</sup> Martin Soubrier,<sup>2</sup> Elodie Perrodeau,<sup>3</sup> Laure Gossec,<sup>4</sup>  
Françoise Fayet,<sup>2</sup> Mélanie Gilson,<sup>5</sup> Marie-Hélène Cerato,<sup>6</sup> Sophie Pouplin,<sup>7</sup>  
René-Marc Flipo,<sup>8</sup> Laurent Chabrefy,<sup>9</sup> Gael Mouterde,<sup>10</sup> Liana Euller-Ziegler,<sup>11</sup>  
Thierry Schaefferbeke,<sup>12</sup> Bruno Fautrel,<sup>13</sup> Alain Sarau,<sup>14</sup> Isabelle Chary-Valckenaere,<sup>15</sup>  
Gérard Chales,<sup>16</sup> Emmanuelle Dernis,<sup>17</sup> Pascal Richette,<sup>18</sup> Xavier Mariette,<sup>19</sup>  
Francis Berenbaum,<sup>20</sup> Jean Sibilia,<sup>21</sup> Philippe Ravaud<sup>22</sup>

Sous le Haut Patronage de  
Sa Majesté le Roi Mohammed VI



تحت الرعاية السامية  
لجلالة الملك محمد السادس

**MGMAROC**  
ORGANISE

le **9**<sup>ème</sup>  
**CONGRÈS NATIONAL**  
**DE MÉDECINE GÉNÉRALE**

**03, 04 et 05**  
**Octobre 2019**

**Hotel Royal Tulip,**  
**City Center-Tanger**



**“ENSEMBLE POUR L'AVENIR DE LA MÉDECINE GÉNÉRALE :  
DE LA PRATIQUE QUOTIDIENNE À LA MAÎTRISE DE STAGES”**